

PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO PARA O FORTALECIMENTO TEÓRICO-PRÁTICO DA SAÚDE COLETIVA

CIÊNCIAS HUMANAS, POLÍTICAS E EPIDEMIOLOGIA

Danielly Maia de Queiroz
Delane Felinto Pitombeira
Karla Julianne Negreiros de Matos
Antonio Rodrigues Ferreira Júnior
(Organizadores)

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

REITORA PRO TEMPORE

Josefe de Oliveira Castelo Branco Sales

EDITORA DA UECE

Erasmio Miessa Ruiz

CONSELHO EDITORIAL

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

CONSELHO CONSULTIVO

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

PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO PARA O FORTALECIMENTO TEÓRICO-PRÁTICO DA SAÚDE COLETIVA

CIÊNCIAS HUMANAS, POLÍTICAS E EPIDEMIOLOGIA

Danielly Maia de Queiroz
Delane Felinto Pitombeira
Karla Julianne Negreiros de Matos
Antonio Rodrigues Ferreira Júnior
(Organizadores)

1ª Edição
Fortaleza - CE
2020



Produção do conhecimento para o fortalecimento teórico-prático da saúde coletiva: ciências humanas, políticas e epidemiologia

© 2020 *Copyright by* Danielly Maia de Queiroz, Delane Felinto Pitombeira, Karla Julianne Negreiros de Matos e Antonio Rodrigues Ferreira Júnior

O conteúdo deste livro, bem como os dados usados e sua fidedignidade, são de responsabilidade exclusiva do autor. O download e o compartilhamento da obra são autorizados desde que sejam atribuídos créditos ao autor. Além disso, é vedada a alteração de qualquer forma e/ou utilizá-la para fins comerciais.

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS

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

Editora filiada à



Coordenação Editorial

Erasmio Miessa Ruiz

Diagramação e Capa

Narcelio Lopes

Revisão de Texto

Lorna Etiene Castelo Branco Reis

Ficha Catalográfica

Lúcia Oliveira CRB - 3/304

P964 Produção do conhecimento para o fortalecimento teórico-prático da saúde coletiva: ciências humanas, políticas e epidemiologia [recurso eletrônico] / Danielly Maia de Queiroz...[et al.] (Organizadores). - Fortaleza : EdUECE, 2020.
Livro eletrônico.
ISBN: 978-65-86445-16-9 (E-book)

1. Saúde coletiva. 2. Promoção da saúde. 3. Políticas de saúde. I. Queiroz, Danielly Maia de. II. Pitombeira, Delane Felinto. III. Matos, Karla Julianne Negreiros de. IV. Ferreira Júnior, Antonio Rodrigues. V. Título.

CDD: 362.10981

PREFÁCIO

Maria Rocineide Ferreira da Silva

Pensar a produção do conhecimento na saúde coletiva segue como devir cotidiano de pesquisadores e/ou sujeitos comprometidos com a produção de uma ciência da vida, na vida, para a vida, pelas implicações, mas também, contribuições que esse campo/área habita. É exatamente aqui que este livro vai afetar no sentido de produzir convocações à leitura por parte de leitoras e leitores. O objeto instigante e provocativo que se apresenta emaranhado no entremeio da teoria e prática, da reflexão e ação, da implicação e sobreimplicação. O trânsito entre referenciais teóricos vividos pelos autores e autoras com toda complexidade de sua existência, como pesquisadores e pesquisadoras ou sujeitos que estão em processo de apropriação das epistemes associadas na sua constituição.

Percorrendo seus capítulos, verifica-se a preocupação e o cuidado com as ditas áreas: ciências humanas, política e a epidemiologia. O quanto se singulariza cada uma e, ao mesmo tempo, os atravessamentos que emergem dos olhares e concepções trazidas no desenvolvimento dos temas apresentados.

O cenário de produção tomado em análise está baseado, também, no encontro de movimentos pertinentes, a análise de uma pós-graduação situada no Nordeste brasileiro e o Sistema Único de Saúde. O enredamento que vem se constituindo pelas pesquisas aqui apresentadas com objetos distintos determinantes e condicionantes, o que dá base para pensar desde a formulação

de políticas até a avaliação, passando pela execução delas. Seria esse o grande papel da Saúde Coletiva na contemporaneidade, pensar-propor outros jeitos e modos de se coproduzir pela coexistência dessas áreas atravessadas e muito mais que isso, dos resultados apontados pelas pesquisas vinda de que eixo for, mas sobretudo, dimensionadas pela vida, vivida em territórios distintos?

Cientes, a partir de evidências e da polissemia que este conceito carrega neste campo, dos limites e potencialidades a serem consultados e encarnados na realização de uma ciência capaz de responder a questões do tempo presente, os organizadores revelaram sensibilidade e prudência na seleção de colaboradores para obra que além do saber/experiência acumulados no campo técnico-científico sobre os temas pautados, também demonstram percursos profissionais reveladores de compromisso com a Saúde Coletiva.

Os capítulos iniciais que assumem o diálogo com a produção da saúde e com o eixo das ciências humanas impõem-nos a pensar nas formulações necessárias, atualizadas pela singularidade do viver em sociedade, partindo de uma questão que pode nos saltar sobre a precarização da vida. Como é possível apreender uma vida, ou um conjunto destas, que condições de (im)possibilidades estudos podem nos revelar?

No segundo eixo do livro que é de diálogo relacionado à dimensão política, transita entre macro e micropolítica, apostas em tecnologias diversas para pensar um sistema, o Sistema Único de Saúde, que se contrapõe uma lógica neoliberal ao articular-se como política de Estado a qual extravasa como política pública a gestão do ordinário, das potências existentes em lugares tão diversificados e que compõem-se em rede. Quem é o sujeito da atenção, da gestão e da formação? Objeto? São questões que podem ser guias nesse movimento político em constituição.

Segue-se, então, para um terceiro momento, para muitos

pela revelação em números da verdade científica, a vertente mais fortalecida no programa, qual seja, a epidemiologia. Que enquadramentos são possíveis dessa(s) vida(s)? que trilhas podem ser desenvolvidas a partir dos desenhos que se configuram ao ter dados e informações de pessoas, grupos, corpos em disputa pela vida e/ou morte? Um solo fértil, uma base para pensar, propor o vivo e o vivido? Passado, presente e futuro em análises?

Observamos, assim, a riqueza que leitores e leitoras estarão imersos. Eixos que se buscam entre si para produzir a Saúde Coletiva, interligados, mas, ainda, fragmentados. Desafios do cotidiano: como produzir os atravessamentos considerando variações paradigmáticas da vida? Destaco, no entanto, uma entre tantas potencialidades dos encontros produzidos, a possibilidade da realização de conexões das disciplinas, do extravasamento delas, da produção de sentidos que cada eixo nos leva a realizar e mais do que isso, da necessidade e emergência desse encontro.

Podemos afirmar aqui a ousadia e inteligências associadas de organizadores e autores de diferentes áreas que operam a vida em diversos territórios do saber-fazer a Saúde Coletiva e os desafios dessa permanente construção. Sem dúvida alguma uma oportunidade de religação dos saberes.

Sumário

INTRODUÇÃO	12
SABERES E PRÁTICAS EM SAÚDE COLETIVA: DESAFIOS ENTRE O CAMPO CIENTÍFICO E O CAMPO POLÍTICO	
<i>Danielly Maia de Queiroz</i>	<i>12</i>
<i>Delane Felinto Pitombeira</i>	<i>12</i>
<i>Antonio Rodrigues Ferreira Júnior.....</i>	<i>12</i>
CAPÍTULO 1	26
IMPULSO DE VIDA: A EXPERIÊNCIA DE UM PROGRAMA DE PREVENÇÃO AO SUICÍDIO EM ADOLESCENTES	
<i>Alessandra Silva Xavier</i>	
CAPÍTULO 2	51
ESPAÇOS DE INOVAÇÃO: UM ESTUDO DE CASO DE SEIS POSTOS DE SAÚDE LOCAIS NO NORDESTE DO BRASIL	
<i>Jéssica Jerome</i>	
CAPÍTULO 3	77
POBREZA E DESIGUALDADE SOCIAL NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REFLEXÕES COM SUPORTE NA PRODUÇÃO CIENTÍFICA	
<i>Delane Felinto Pitombeira</i>	
<i>Lucia Conde de Oliveira</i>	
CAPÍTULO 4	100
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER: PERCEPÇÕES DAS AGREDIDAS	
<i>Isabella Mesquita Uchoa</i>	
<i>Alisson Salatiek Ferreira Freitas</i>	
<i>Ana Valeska Perdigão Barros</i>	
<i>Fernanda Flania Soares Maia</i>	
<i>Isadora Araújo Rodrigues</i>	
<i>Antonio Rodrigues Ferreira Júnior</i>	

CAPÍTULO 5 114
ABORDAGEM ECO-BIO-SOCIAL: ESTRATÉGIA DE PRO-
MOÇÃO DA SAÚDE NO COMBATE ÀS DOENÇAS TRANS-
MITIDAS PELO *Aedes Aegypti*

Renata Borges de Vasconcelos

Kellyanne Abreu Silva

Izautina Vasconcelos de Sousa

Antonio Rodrigues Ferreira Júnior

Andrea Caprara

CAPÍTULO 6 138
PROMOÇÃO DA SAÚDE E A INTERFACE COM A PRÁTI-
CA DO ENFERMEIRO NOS GRUPOS DE GESTANTES DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Herla Maria Furtado Jorge

Larissa Veras de Araújo

Ana Andressa de Sousa Ferreira

Ana Maria Pereira Martins

Raimunda Magalhães da Silva

CAPÍTULO 7 157
TRANSDISCIPLINARIDADE E REDES DE SABERES NA
FORMAÇÃO DE RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS E
GRADUANDOS EM MEDICINA NA ESTRATÉGIA DE SAÚ-
DE DA FAMÍLIA

Ana Kalliny de Sousa Severo

Antonio Vladimir Félix da Silva

Roberta Carvalho Romagnoli

Ana Karenina de Mello Arraes Amorim

CAPÍTULO 8 177
POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR NO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE: CONTEXTO HISTÓRICO E ESTRATÉGIAS
PARA A SUA EFETIVAÇÃO

Lúcia de Fátima Rocha Bezerra Maia

Lucia Conde de Oliveira

Maria Sônia Lima Nogueira

CAPÍTULO 9 205
MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS, SENTIDOS DA INTEGRALIDADE, CONFIGURAÇÃO HISTÓRICA E DESAFIOS ATUAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE BRASILEIRA

Danielly Maia de Queiroz
Lucia Conde de Oliveira

CAPÍTULO 10 238
A NECESSIDADE DE REPENSAR A FORMAÇÃO EM SAÚDE: A INSERÇÃO DA SAÚDE COLETIVA NO CURRÍCULO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA DA UECE

Fabiola de Lima Gonçalves
Lídia Andrade Lourinho
Heraldo Ferreira Simões
José Jackson Coelho Sampaio
Cleide Carneiro

CAPÍTULO 11 258
VIGILÂNCIA EM SAÚDE DOS ACIDENTES VASCULARES CEREBRAIS: UM DESAFIO DA SAÚDE COLETIVA

Hermínia Maria Sousa da Ponte
Carlos Henrique do Nascimento Moraes
Pedro Braga Neto

CAPÍTULO 12 275
INFLAMAÇÃO, DOENÇAS CRÔNICAS E NUTRIÇÃO: CONTRIBUIÇÕES PARA A SAÚDE COLETIVA

Daianne Cristina Rocha
Helena Alves de Carvalho Sampaio

CAPÍTULO 13 300
ANÁLISE DE CUSTO COM DENGUE E SUAS DEFINIÇÕES: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DE 2011 A 2015

Sônia Samara Fonseca de Moraes
Waldélia Maria Santos Monteiro
Marcelo Gurgel Carlos da Silva

CAPÍTULO 14	312
ACESSO A ARMAS BRANCAS E DE FOGO POR ESTUDANTES DO 6º AO 9º ANO DE DIFERENTES REGIÕES DO PAÍS	
<i>Karla Julianne Negreiros de Matos.....</i>	<i>312</i>
<i>Ana Carina Stelko Pereira.....</i>	<i>312</i>
CAPÍTULO 15	330
RASTREAMENTO DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS EM MULHERES DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE	
<i>Girliani Silva de Sousa</i>	
<i>Gabriella Oliveira Albuquerque Lins</i>	
<i>Jaqueline Galdino Albuquerque Perrelli</i>	
<i>Fernanda Jorge Guimarães</i>	
AUTORES	346

INTRODUÇÃO

SABERES E PRÁTICAS EM SAÚDE COLETIVA: DESAFIOS ENTRE O CAMPO CIENTÍFICO E O CAMPO POLÍTICO

Danielly Maia de Queiroz
Delane Felinto Pitombeira
Antonio Rodrigues Ferreira Júnior

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem enfrentado inúmeros ataques desde sua criação, mas isso se intensificou mais recentemente, diante dos francos retrocessos de contrarreformas na arena das políticas públicas brasileiras, atrelado ao cenário mais amplo de ofensiva capitalista neoliberal.

A direção do atual governo brasileiro (desde 2016) tem ameaçado os ganhos sociais conquistados, a exemplo dos ataques sucessivos ao SUS, fragilizando ainda mais as condições de vida e saúde da população brasileira, além de evidenciar a presença de diferentes interesses na sociedade. Como afirma Paim (2017, p. 8),

[...] as lutas de classes tornaram-se mais visíveis e aguçadas, apesar de um contexto em que todos os segmentos sociais aumentaram seus rendimentos. Ainda assim, as forças do capital empreenderam um golpe parlamentar em 2016 para impor à maioria da população trabalhadora o ônus das políticas de ajuste, com um novo regime fiscal e reformas previdenciária e trabalhista.

No setor saúde, não bastasse o crônico processo de subfinanciamento do SUS, o governo de Michel Temer, fruto de um golpe parlamentar, agravou esse subfinanciamento por meio da aprovação da Emenda Constitucional 95/2016, que congelou os gastos públicos, especialmente com saúde e educação, por vinte anos (BRASIL, 2016; RIZZOTTO; COSTA, 2016).

Diante de um contexto social que se funda na trama da acumulação do capital e da concentração de riquezas, a pauta da cidadania e das políticas sociais apresentam-se cada vez mais desafiadoras diante do mundo globalizado. Assim, mesmo asentada no campo constitucional, a implementação de políticas sociais, a exemplo da seguridade social (saúde, assistência e previdência), constitui campo de tensão permanente entre Estado e sociedade, perpassados por interesses diversos.

No caso do SUS, Cohn (2013) aponta algumas controvérsias em sua estruturação como política pública e universal, fragilizando sua potência como estruturadora de cidadania plena, processo basilar do movimento da reforma sanitária. A autora afirma haver *“nos anos recentes um processo de despolitização da saúde no País, seja enquanto produção de conhecimento seja enquanto processo de implantação do SUS”* (p. 228), acrescentando existir uma maior preocupação com a “tecnificação” na forma de implementação das políticas e programas de saúde.

Nesse contexto, consideramos que a saúde coletiva, enquanto campo de saber multidimensional, faz parte do enfrentamento desse momento de retrocesso em que vive o país. Atentamos que a defesa histórica e o reconhecimento da diversidade de seu campo de saber possibilitarão a construção de passos mais firmes na instabilidade vivenciada atualmente.

Saúde Coletiva: resgatando um campo de saber

A saúde coletiva tem se constituído amplo campo de saber e prática na contemporaneidade. Seu objeto de estudo (ou seriam objetos?) remonta ao movimento de reforma sanitária, o qual ainda se encontra em curso nos dias atuais. Isso porque a consideração da saúde coletiva, como novo campo (diferenciado) dentro do âmbito da saúde pública ainda encontra resistências e impasses.

Birman (1991, p. 08) reitera que saúde pública e saúde coletiva pertencem a “campos não homogêneos, na medida em que se referem a diferentes modalidades de discurso, com fundamentos epistemológicos diversos e com origens históricas particulares”.

A saúde pública se constitui no final do século XVIII com a construção de uma nova estrutura social urbana, baseada na polícia médica e na medicina social, desencadeando estratégias preventivas com o investimento político da medicina e a dimensão social das enfermidades. No entanto, o solo epistemológico fundamentado na cientificidade do naturalismo médico fortaleceu a medicalização do campo social e o poder da medicina, colocando “entre parênteses a dimensão política das práticas sanitárias”, e afastando-se da consideração da “ordem simbólica e histórica na leitura das condições das populações a que se destinam às práticas sanitárias”, comenta Birman (1991, p. 8). A saúde pública encontra seu fundamento na biologia, numa perspectiva naturalista e universal das práticas de medicalização.

A Saúde Coletiva, entretanto, surge como uma perspectiva crítica desse projeto original da saúde pública, afirmando a necessidade de se conceber a saúde de forma mais complexa e abrangente, para além da consideração do corpo como uma máquina anátomo-funcional, processo enfatizado por Birman (1991):

Desde que se sublinhe que as relações do sujeito com o seu corpo, com os outros, com as coisas, com as instituições e com as práticas sociais são mediadas pela linguagem, pelos códigos culturais estabelecidos numa tradição histórica e linguística, torna-se necessário repensar o modelo naturalista da medicina. (BIRMAN, 1991, p. 9)

Nesse sentido, considera-se que a saúde coletiva, ao integrar as ciências humanas e sociais ao campo da saúde, relativiza a hegemonia do discurso biológico presente à saúde pública, passando o seu objeto de estudo a ser a relação entre natureza e sociedade, e tendo na multidisciplinaridade a marca desse construto.

As origens da saúde coletiva no Brasil remontam, inicialmente, pela medicina preventiva (década de 1950-60) e, posteriormente, pela medicina social (década 1970), tendo como referência, neste último, o documento *Formulación de Políticas de Salud* publicado pela Organização Panamericana de Saúde - OPAS, na metade da década de 1970, e a Conferência de Alma-Ata em 1978 (NUNES, 2012).

O campo instituído da Saúde Coletiva passa a se estruturar na década de 1970 com a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES/1976) e da ABRASCO (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, hoje denominada Associação Brasileira de Saúde Coletiva), marcando importante contribuição nos debates da reforma sanitária, VII Conferência Nacional de Saúde (1986), e formulação do SUS, momento de reestruturação das políticas sociais no país.

L'Abbate (2013) ressalta ainda que a expressão "Saúde Coletiva" é, essencialmente, brasileira, apesar da identificação do movimento com outros semelhantes na América Latina. A pro-

posta de recomposição do campo da saúde, uma vez que a hegemonia da assistência médica individual, inclusive sobre a saúde pública, constituía realidade no país, buscou “discutir o sentido do termo *coletivo* enquanto adjetivo de saúde” (p. 63). Assim, embora impreciso, o termo coletivo teve o intuito de designar a multiplicidade e a diversidade de aspectos que a área da saúde buscava engendrar. Nesse contexto, Nunes (2012) sugere uma interessante imagem para se compreender a Saúde Coletiva:

[...] a imagem que associo ao entendimento do campo é a do mosaico – conjunto de partes separadas, mas que se aproximam quando a compreensão dos problemas ou a proposta de práticas se situam além dos limites de cada “campo disciplinar”, exigindo arranjos interdisciplinares. [...] entendemos que o campo não é simplesmente um território opaco, um compositório de conhecimentos, saberes e práticas desarticulados, mas se compõem de acordo com as necessidades em descrever, explicar e/ou interpretar a realidade de saúde que se deseja estudar, avaliar ou transformar. Para isso, os conceitos, as categorias analíticas, as chaves interpretativas procedentes do núcleo duro das ciências – o *corpus* teórico – lançam suas luzes para o enfrentamento de objetos e sujeitos investigados pelos pesquisadores. Agora o mosaico se transformou em um vitral, no qual os problemas estão filtrados pela teoria (p. 29).

Cabe aqui assinalar a relevância que esse campo tem tomado na história recente brasileira, a citar como exemplo a ampla produção incentivada, especialmente, a partir da criação da ABRASCO.

O diálogo permanente junto às ciências humanas e sociais possibilitou à saúde coletiva maior fortalecimento nos movimentos de construção do SUS, na ampliação das concepções dos processos saúde-doença-cuidado, na consideração da importância dos condicionantes e determinantes sociais no enfrentamento desses processos, entre outros aspectos.

Assim, pode-se considerar a Saúde Coletiva como sendo composta por “três grandes espaços e formações disciplinares”: as ciências sociais e humanas, a epidemiologia e a política e planejamento. Nunes (2012, p. 29-30) salienta que “as questões sociais, econômicas, políticas e culturais, de diferentes formas, estiveram presentes no trato da medicina, da doença, do cuidado e da saúde, variando de acordo com determinadas conjunturas às quais se associaram os progressos do conhecimento científico”.

As ciências sociais e humanas foram se estruturando, a partir dos estudos voltados para “a compreensão dos processos de vida, do trabalho, do adoecimento e da morte, assim como dos cuidados aos doentes e pacientes e das relações profissionais”. A epidemiologia, para além dos clássicos estudos sobre as relações entre agente infeccioso, hospedeiro e ambiente, atualmente agrega conhecimentos do social, da demografia, da geografia, entre outros. Com relação à área do planejamento, considera-se sua relação intrínseca com as questões políticas, indo além de uma concepção técnico-operacional (NUNES, 2012, p. 29-31).

Nesse sentido, a Saúde Coletiva tem propiciado uma reflexão ampla sobre um diverso espectro de temáticas que transitam entre um campo científico e profissional e a consolidação de um movimento ideológico e acadêmico (CAMPOS, 2000), tendo em vista as críticas dirigidas aos enfoques unicamente biologicistas de compreender os processos saúde-doença, reduzindo e

minimizando os determinantes sociais e a dimensão (inter)subjetiva presentes nesse processo.

Faz-se importante compreender, no entanto, que a saúde coletiva, como toda construção do saber, não está isenta de reflexões e críticas. Nesse sentido, é necessário, como já apontava Campos (2000), entender as rupturas e as continuidades que a saúde coletiva empreendeu (ou empreende) na área da saúde.

Nesse âmbito, alguns dos tensionamentos e paradoxos do campo científico da saúde coletiva, apresentados na literatura, serão abordados a seguir, buscando situar as principais questões que pulsam o debate da área.

Paradoxos da Saúde Coletiva e tensões de seu campo científico

A Saúde Coletiva, enquanto campo por essência interdisciplinar enfrenta uma correlação de forças entre as subáreas, que tencionam o campo dos saberes e práticas dentro da área, apontando a complexidade que esse campo em disputa sugere.

Em importante artigo, Russo e Carrara (2015) abordam uma análise das Ciências Sociais e Humanas na Saúde Coletiva, as hierarquias existentes dentro das três áreas (Ciências Sociais e Humanas; Epidemiologia; Política, Planejamento e Gestão), a partir das transformações teórico-metodológicas e temáticas ocorridas ao longo da história.

O caráter multifacetado da Saúde Coletiva refere-se a um “conjunto híbrido de saberes e práticas, dentre as quais se inclui a prática acadêmico-científica”, numa disputa e tensões entre o que deve ser estudado/pesquisado, relatam Russo e Carrara (2015, p. 468). A construção da Saúde Coletiva transita entre o espaço político e acadêmico, ora afastando-se e demarcando

espaços, ora apoiando-se mutuamente. Os autores afirmam que a Saúde Coletiva encontra-se em uma dupla tensão: por um lado situada entre as Ciências Sociais e as Ciências da Saúde e, por outro, entre os ditames da produção do conhecimento científico e as intervenções nas políticas de saúde.

Interessante observar que, ao serem constituídas as três áreas da Saúde Coletiva, inicialmente, considerava-se a subárea Política e Planejamento como matriz, da qual as outras duas derivavam. Porém, a partir dos anos 1990, a separação entre academia e política foi acentuada, sendo a Epidemiologia a primeira a se afastar da ‘área mãe’. A cisão identificada pelos autores entre a lógica acadêmica e a atuação política aprofunda-se no final dos anos 1990 e início dos anos 2000 com a introdução de novos processos de avaliação da Pós-Graduação, privilegiando aspectos quantitativos da produção acadêmica, e estilos mais afinados a determinados campos científicos, tais como as ciências exatas, biomédicas etc. “É neste contexto que os modos de produção e divulgação do trabalho científico da Epidemiologia tendem a se impor como a lógica dominante do campo da Saúde Coletiva”, expõem Russo e Carrara (2015, p. 472).

Loyola (2012) publicou artigo interessante sobre a questão do lugar das ciências sociais na saúde coletiva, enfatizando já no início do trabalho a sua centralidade dentro desse campo. Todavia, apesar de se constituir como eixo basilar da Saúde Coletiva, as Ciências Sociais e Humanas não ocupam, seja no plano acadêmico ou político, essa centralidade. A autora aponta a identificação da área nas agências de fomento como um dos fatores nesse contexto, uma vez que ao ser identificada na grande área como ‘saúde’, sem especificar a qualificação ‘coletiva’, acaba por submeter-se à lógica biomédica, podendo gerar tensões entre as subáreas do campo, principalmente na busca por recursos.

Nesse contexto, a homogeneização das subáreas da Saúde Coletiva constitui um dos aspectos problematizado por Loyola (2012), numa menção a certa “dissolução das fronteiras entre as disciplinas que compõem a área” (p. 12). O uso de metodologias ‘quanti-quali’ pelas ciências sociais e a padronização dos artigos parecem sugerir a dissolução dessas fronteiras. No entanto, a autora expõe que essa junção está associada às exigências de periódicos, em consonância mais com padrões internacionais do que com a realidade.

As abordagens, os referenciais teóricos, os interesses, as formas de funcionamento e de financiamento das diferentes disciplinas que compõem a área, a meu ver, continuam e continuarão distintos e sem nenhuma propensão ao apagamento, pelo menos por um bom tempo (LOYOLA, 2012, p. 12).

Partindo das tensões acima identificadas, cabe, nesse momento, procedermos a uma reflexão sobre como essas tensões surgem em nosso Programa de Pós-Graduação, tarefa em que nos deteremos a seguir.

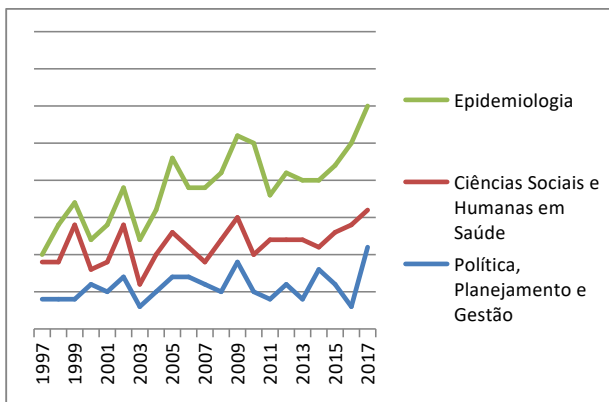
Perspectivas do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UECE

Com o intuito de exemplificar essas possíveis tensões no campo da produção do conhecimento da saúde coletiva, buscou-se fazer uma breve análise de dissertações e teses produzidas pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará (PPSAC-UECE), nos últimos 20 anos, mais precisamente entre os anos de 1997 e 2017. Vale res-

saltar que em seu início, contávamos apenas com o Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, e que só mais recentemente é que o programa integrou Mestrado e Doutorado acadêmicos, assumindo a atual denominação de “Saúde Coletiva”.

A partir do banco de dissertações e teses da coordenação do PPSAC, foram analisadas 416 produções no total, sendo 403 dissertações (defendidas nos últimos 20 anos) e 13 teses (defendidas nos últimos dois anos).

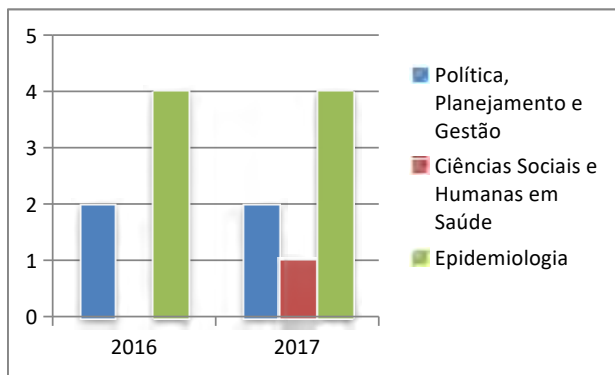
Gráfico 1 - Linha histórica da produção de dissertações do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UECE, distribuídas por eixo temático, dos últimos 20 anos: 1997 – 2017



Fonte: Elaborado pelos autores.

Com o intuito de obtermos uma “fotografia” das produções ao longo desses 20 anos, construiu-se uma linha histórica (Gráfico 1), distribuindo-se as produções nas três subáreas que compõem a saúde coletiva (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Produção de teses do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UECE, distribuídas por eixo temático, dos últimos dois anos: 2016 – 2017



Fonte: Elaborado pelos autores.

Como é possível perceber em ambos os gráficos, a subárea da epidemiologia se manteve desde o começo até o momento atual no topo dessas produções, tanto nas dissertações quanto nas teses. As subáreas das ciências sociais e humanas em saúde e de política, planejamento e gestão se mantiveram ao longo da linha histórica com um número menor de produções. Chama atenção a escassez de teses relacionadas à subárea de ciências sociais e humanas em saúde que, ao longo de dois anos, produziu apenas uma tese.

Ao levar em consideração a construção histórica do programa, busca-se entender essa “hegemonia” da epidemiologia em virtude da própria configuração do corpo docente, que influencia diretamente na composição dessa “fotografia”, que representa parte das contribuições da saúde coletiva cearense.

Não foi possível identificar na literatura disponível produções que fazem análises ou críticas a essa configuração das produções cearenses do campo de saberes e práticas da saúde coletiva local, questionando os porquês de ainda hoje termos uma predominância das produções da epidemiologia quando comparada às outras duas subáreas. Para nós, essa evidência pode, inclusive, reverberar em futuros diálogos internos que o programa poderia fazer junto ao seu corpo docente e discente para tornar essas produções mais equânimes entre as três subáreas.

Não obstante, a construção deste livro, fruto de reflexões teóricas e resultados parciais de teses que estão sendo elaboradas, também configura um campo de disputas dessas subáreas. O “mosaico” de produções aqui apresentadas também configura o desafio dessas tentativas de diálogos e conexões entre as subáreas da saúde coletiva.

Ademais, o construto apresenta pesquisas desenvolvidas pelos atores que convivem no cenário do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará, a partir de três eixos: Ciências Humanas; Políticas e Epidemiologia. Os capítulos denotam a potência dos estudos desenvolvidos e a multiplicidade de objetos potentes para discussão no campo da saúde coletiva.

REFERÊNCIAS

BIRMAN, Joel. A physis da saúde coletiva. *Physis*, v. 1, n. 1, 1991.

BRASIL. Presidência da República. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 15 dez. 2016. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 7 maio 2017.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

COHN, Amélia. Reformas da saúde e desenvolvimento: desafios para a articulação entre direito à saúde e cidadania. *In*: COHN, Amélia (Org.). **Saúde, cidadania e desenvolvimento**. 1. ed. Rio de Janeiro: E-papers: Centro Internacional Celso Furtado, 2013.

L'ABBATE, S. Análise institucional e saúde coletiva: uma articulação em processo. *In*: L'ABBATE, S.; MOURÃO, L. C.; PEZZATO, L. M. **Análise institucional e saúde coletiva no Brasil**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 31-88.

LOYOLA, M. A. O Lugar das Ciências Sociais na Saúde Coletiva. **Saúde Soc.**, v. 21, n. 1, p. 9-14, 2012.

NUNES, E. D. Saúde Coletiva: uma história recente de um passado remoto. *In*: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JUNIOR, M.; CARVALHO, Y. M. (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

PAIM, J. Prefácio. *In*: RODRIGUES, P. H. A.; SANTOS, I. S. (Orgs.). **Políticas e riscos sociais no Brasil e na Europa: convergências e divergências**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Cebes; São Paulo: Hucitec, 2017.

RIZZOTTO, M. L. F.; COSTA, A. M. Editorial. A esperança não morre quando sonhamos juntos. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 5-8, out./dez., 2016.

RUSSO, J.; CARRARA, S. L. Sobre as ciências sociais na Saúde Coletiva: com especial referência à Antropologia. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 467-484, 2015.

CIÊNCIAS HUMANAS

“O começo de todas as ciências é o espanto de as coisas serem o que são.”

Aristóteles

CAPÍTULO 1

IMPULSO DE VIDA: A EXPERIÊNCIA DE UM PROGRAMA DE PREVENÇÃO AO SUICÍDIO EM ADOLESCENTES

Alessandra Silva Xavier

INTRODUÇÃO

O suicídio é um problema complexo e que questiona sobre as estratégias de cuidado e recursos para lidar com o sofrimento. Enquanto problema de saúde pública tem adquirido uma grande importância nos últimos tempos. Segundo os dados fornecidos pela World Health Organization (WHO, 2012), as cifras globais de suicídio aumentaram 60% nos últimos 45 anos, suicidando-se em torno de 1.110 pessoas diariamente. O Brasil ocupa o oitavo lugar no mundo em número de suicídios em termos absolutos no ano 2012, com 11.821 suicídios. Uma das etapas da vida na qual o suicídio possui uma notável prevalência é na adolescência, já que esta é considerada como uma fase crítica e dinâmica do ciclo vital, a qual representa um desafio para a continuação do desenvolvimento (CHÁVEZ-HERNÁNDEZ *et al.*, MEDINA E MACÍAS-GARCÍA, 2008). O período da adolescência pode ser considerado, muitas vezes, como um momento intenso, de conflitos e mudanças. Na busca de uma solução para seus problemas, jovens podem, por exemplo, recorrer a comportamentos agressivos, impulsivos ou suicidas na falta de recursos internos e externos protetivos.

Dados do Mapa da Violência, do Ministério da Saúde do Brasil (WASELFSZ, 2014), revelam que de 2002 a 2012 houve um crescimento de 40% da taxa de suicídio entre crianças e pré-adolescentes com idade entre 10 e 14 anos e na faixa etária de 15 a 19 anos, o aumento foi de 33,5%. Segundo a OMS (2014), o suicídio é a segunda causa principal de morte entre as pessoas de 15 a 29 anos de idade e poderia ser prevenido em 90% dos casos. No Brasil, somente no ano de 2012, registrou-se 3017 vítimas de suicídio em jovens. Essas cifras elevadas constituem um problema social, de saúde e humanitário de grande relevância e com consequências irreversíveis. Os programas de prevenção do suicídio (especialmente os de prevenção indicada) permitiram evitar ou reduzir os casos de suicídio, seus custos pessoais e sociais. Os principais fatores de riscos encontrados na literatura científica são: depressão, ideação suicida, tentativa de suicídio prévio, *bullying*, uso abusivo de álcool ou outras drogas, rigidez cognitiva, desesperança, baixa autoestima, maltrato físico e abuso sexual, idade entre 15 e 24 anos, sexo masculino, antecedentes psiquiátricos e suicídio na família, dificuldade com grupos de pares ou relacionamento, acontecimentos vitais estressantes, exposição a casos de suicídio próximo ou via mídia.

A realização de RCTs na área de psicologia no Brasil é bastante escassa, e a investigação sobre programas de prevenção ao suicídio em adolescentes e que elejam a escola enquanto espaço de intervenção praticamente inexistente. A construção de um programa com manual, e baseado em estudos científicos pode ser uma ferramenta que auxilie adolescentes a desenvolverem habilidades que funcionem como recursos protetivos diante do sofrimento e do mal-estar gerado pelos problemas que a vida oferece. Auxiliar no desenvolvimento de habilidades psicológicas (como habilidades de solução de problemas) que apresentem ganhos

cognitivos e emocionais para que um adolescente se mantenha vivo e com bem-estar emocional é um resultado que ultrapassa qualquer mérito acadêmico e que se insere no compromisso social e ético que todo conhecimento deveria almejar.

O programa exposto a seguir foi resultado do Doutorado em Psicologia Clínica, na Universidade de Santiago de Compostela, Espanha (XAVIER, 2017) e consiste em um programa de prevenção ao suicídio aplicado em adolescentes de escolas públicas em Fortaleza, Ceará.

METODOLOGIA

Prévio à realização do estudo, foi desenhada uma intervenção breve cognitiva-comportamental para adolescentes com potencial suicida com base no modelo de solução de problemas (D'ZURILLA E NEZU, 2007, 2010) e adaptada da intervenção de solução de problemas para prevenir a depressão de Vázquez *et al.* (2010, 2015). Foi desenvolvido um protocolo, exposto em um manual, com o objetivo de aumentar a validade interna e padronização, pois o uso de um manual permite a operacionalização das variáveis independentes do estudo, para determinar a integridade do tratamento, avaliando a aderência a ele (VÁZQUEZ; TORRES, 2007). Além disso, foi realizada a validação do Inventário de Orientação Suicida (ISO-30) para o contexto brasileiro, material já enviado para publicação, produzido por Santos, Xavier e Gonçalves, pois ele não possuía uma versão para o português, numa amostra de 241 estudantes com idades variando entre 14 e 20 anos ($M = 16,4$; $DP = 1,03$). Encontrou-se uma estrutura fatorial de três aspectos: Ideação Suicida, (Des)Esperança e Baixa Autoestima, e uma consistência interna de 0,84.

Em seguida, foi conduzido um estudo piloto com uma amostra de 15 participantes com idades entre 15 e 19 ($M=16,9$, $DP=1,6$) a fim de avaliar a aceitabilidade do material pelos adolescentes, melhorar a intervenção e avaliar o grau de adesão ao protocolo de intervenção por parte do terapeuta. Depois de analisar o estudo piloto e verificar os ajustes necessários ao programa, foi conduzido o recrutamento da amostra e a atribuição aleatória de participantes a condições. Eles foram selecionados consecutivamente dos estudantes que apresentavam entre 15 e 19 anos de três escolas públicas da Rede Pública Estadual de Ensino de Fortaleza (Ceará, Brasil). Esses adolescentes foram avaliados a fim de analisar se eles preencheram os critérios de inclusão e exclusão, e os elegíveis foram randomizados para os grupos experimental e controle por um perito em estatística independente ao estudo.

Foram realizados contatos com instituições escolares públicas e particulares (através da Secretaria de Educação do Estado do Ceará) obtendo-se a autorização necessária para a realização da pesquisa e a participação dos adolescentes. Foram feitas visitas às escolas, onde foi explicado o funcionamento da pesquisa aos adolescentes e ao corpo técnico da escola, assim como para esclarecer as possíveis dúvidas. Foi realizada reunião com os professores para solicitar o apoio deles na cessão das aulas para aplicação dos instrumentos e posterior apoio à participação dos alunos. Houve total disponibilidade dos professores em ceder aulas para a aplicação dos instrumentos (questionário para dados socioeconômicos; CES-d para avaliar depressão, e SPSI para avaliar habilidades de solução de problemas).

Previamente à administração dos instrumentos, foi encaminhada uma carta aos pais e/ou responsáveis do adolescente com idades entre 15 e 19 anos (por serem menores de 18 anos

em muitos casos), onde eles foram informados da implementação deste projeto, explicava-se a natureza e a relevância da pesquisa a ser desenvolvida, em que consistia, quem iria executá-la, quando começaria, onde teria lugar e como poderia participar o adolescente. Esta carta ia acompanhada de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com o objetivo de obter autorização voluntária dos pais e/ou responsáveis para a participação do adolescente.

Após a assinatura do consentimento dos pais e/ou responsáveis, cada adolescente também assinou seu próprio consentimento de aceitação em participar da pesquisa. Com a devida aceitação na participação, a administração dos instrumentos foi realizada na própria instituição de ensino do adolescente, durante o horário escolar. A aplicação foi coletiva, com duração de, aproximadamente, 50 minutos (um período de aula). Antes da aplicação era explicado aos alunos o objetivo da pesquisa, as fases dela e a importância da participação e seriedade na resposta aos questionários. A adesão foi total. Após a avaliação coletiva com questionários e instrumentos de avaliação, que abrangeu os alunos da primeira série do ensino fundamental, com um total inicial de 734 alunos, foram descartados os que não preenchiam os critérios iniciais e foram selecionados os sujeitos para realizar uma entrevista clínica individual, com o total restante de 200 sujeitos (534 não atenderem aos critérios de inclusão iniciais) para avaliar possíveis quadros psicológicos de exclusão aos critérios da pesquisa.

Os instrumentos foram aplicados a todos os alunos de três escolas públicas da rede pública estadual de ensino de Fortaleza. Aos estudantes era explicado que se tratava de uma pesquisa de doutorado, que os resultados seriam mantidos em sigilo e que mesmo havendo preenchido o termo de consentimento, seria

possível desistir caso quisessem, e que após esse primeiro momento, alguns alunos seriam convidados para uma entrevista individual para poder esclarecer algumas questões e que a pesquisadora estaria disponível para realizar qualquer explicação ou dúvida, ou pessoalmente ou pelos contatos disponibilizados nos termos de consentimento. Não foi dito que se tratava de avaliar questões referentes a suicídio para não desencadear estigma na escola.

Foi realizada nova reunião com a direção da escola e professores para explicar a segunda fase da pesquisa e solicitar apoio para liberação dos alunos. Entretanto, os professores e a direção da escola foram esclarecidos em reunião prévia sobre o assunto e a necessidade de sigilo e cuidado com os alunos. A temática foi explicada para a direção da escola devido à necessidade de realizar encaminhamentos em se encontrar alunos em risco que necessitassem de intervenção urgente. Foi enviado novo termo de consentimento aos pais e adolescentes e explicado a cada adolescente a importância da pesquisa e do convite para participar das entrevistas.

Na entrevista individual foram informados os objetivos do estudo (desenvolver um programa que auxiliasse os adolescentes em situação de sofrimento a lidar melhor com as formas de solucionar problemas e a desenvolver outras habilidades que pudessem auxiliar a aumentar o bem-estar consigo), os riscos, os efeitos e os benefícios, assim como eram coletados todos os dados de contato: celular, correio eletrônico, “Whatsapp”, “Facebook” e endereço. Foram garantidos o sigilo e a confidencialidade das informações. O convite para participar das entrevistas era feito de forma individual e realizada de acordo com o melhor horário para os alunos e combinado previamente com os professores, para não interferir nas aulas em que os alunos estivessem com maiores dificuldades. Foram contatados os pais para assinar o

termo de consentimento através de reuniões agendadas na escola, explicado em que consistia a pesquisa e solicitado o apoio dos mesmos. Além disso, as reuniões presenciais foram importantes para tirar dúvidas dos pais.

As entrevistas foram realizadas na própria escola, em sala disponibilizada pela direção, que atendesse aos critérios de conforto e sigilo. As entrevistas (utilizando a MINI 5.0, entrevista neuropsiquiátrica) duravam em média 40 minutos e foram todas realizadas pela pesquisadora. Foi necessário encaminhar para os Centros de Atendimento Psicossocial (CAPs), 63 adolescentes com questões diversas: tentativa de suicídio em andamento, transtorno bipolar, esquizofrenia, depressão maior, ansiedade generalizada, síndrome do pânico. Os encaminhamentos foram realizados a partir de conversas com a direção das escolas e conversa com os pais ou responsáveis pelos adolescentes e com os próprios adolescentes. Um total de 37 adolescentes foram excluídos por outras causas (ex., mudança de domicílio, tratamento psicológico ou farmacológico).

Depois de fazer a avaliação pré-tratamento, esses adolescentes que eram suscetíveis de serem escolhidos para o estudo foram convidados para participar na intervenção cognitivo-comportamental para a solução de problemas ou a um grupo de lista de espera. Foram aleatorizados utilizando uma tabela de números esporádicos, para serem distribuídos em dois grupos: grupo experimental ($n = 50$) que receberia a intervenção e grupo controle ($n = 50$). Os alunos foram comunicados que participariam da terceira fase da pesquisa. Aos adolescentes do grupo experimental foram entregues: adesivos com as datas, horários de participação nos grupos para serem anexados em locais da casa, do quarto, cadernos ou agendas, de forma que eles não se esquecessem do compromisso com o grupo e consigo e o valor das passagens de

ônibus para poderem vir ao grupo (posto que durante a realização do pré-teste, foi revelada a necessidade do dinheiro para as passagens de ônibus como necessária para garantir a participação dos adolescentes e não onerar as despesas familiares). Além disso, na semana e no dia anterior aos encontros dos grupos eram enviados lembretes via SMS, *e-mail*, Whatsapp e Facebook dos horários e da importância da presença de cada um no grupo e da importância desse momento na vida deles. Essas mesmas estratégias também eram utilizadas para lembrar dos momentos de avaliação a 1, 3 e 6 meses pós intervenção.

As intervenções ocorreram entre os meses de dezembro de 2015 e janeiro de 2016 nos horários que foram combinados com os adolescentes, professores e a direção da escola. O programa de intervenção foi implementado em cinco sessões, com previsão de um encontro semanal com 2 horas de duração por cinco semanas (após o projeto piloto verificou-se a necessidade de aumentar em meia hora cada encontro), em formato grupal com, aproximadamente, cinco adolescentes por grupo. Assim, foi garantido um número suficiente de participantes para permitir a interação entre os membros do grupo, mas não excessiva para satisfazer as suas necessidades individuais. A intervenção foi aplicada em uma sala situada em uma das escolas (a direção disponibilizou uma sala para a pesquisa e como os outros adolescentes eram de outras escolas próximas, facilitava o deslocamento) com ar-condicionado, reservada, com espaço para atividades em grupo e chave para garantia de sigilo e privacidade, pois poucas escolas possuíam um espaço com essas características e que pudessem ser disponibilizadas em tempo integral para uso. Isso facilitou o acesso à intervenção, evitou grandes deslocamentos e economizou tempo e dinheiro aos participantes, muitas vezes pressionados pela frágil economia familiar.

As intervenções foram desenvolvidas pela pesquisadora com experiência clínica há mais de 20 anos, que fora previamente treinada para a administração do tratamento por dois clínicos (professores de Psicologia Clínica da Universidade de Santiago de Compostela) com experiência clínica em terapia de solução de problemas e trabalho em grupos há mais de 30 anos. Recebera cerca de 40 horas de treinamento que consistiu em seminários teóricos e práticos sobre esta temática e exercícios de “*role-playing*”. As sessões de tratamento foram gravadas em vídeo. Os clínicos que realizaram o treinamento avaliaram o grau de adesão ao manual e à habilidade com que foi aplicada a intervenção. Além disso, a terapeuta foi monitorada por um dos clínicos que participaram na sua formação. Todas as sessões mantiveram uma estrutura semelhante e estão resumidamente expostas no quadro a seguir.

Quadro 1 - Roteiro elaborado para a condução da intervenção proposta

Primeira Sessão

Introduzir o modelo teórico do programa de intervenção (a terapia de solução de problemas).

Estabelecer os acordos no grupo.

Discutir acerca do efeito dos problemas não resolvidos sobre o sofrimento psíquico e sua relação com depressão, diminuição da autoestima e o desejo de colocar a vida em risco.

Melhorar o conhecimento que os jovens possuem da sua saúde psíquica, identificar os problemas que possuem atualmente, favorecer um enfrentamento ativo diante dos problemas, dos sintomas de ideação suicida e depressão mediante a técnica de solução de problemas.

Favorecer a autonomia e a capacidade de decisão diante dos problemas.

Melhorar as estratégias de comunicação como forma de diminuir agressividade nas relações.

Desenvolver a importância da orientação positiva diante dos problemas, para o bem-estar consigo e ser capaz de enfrentar a vida.

Aprender uma estratégia de ativação de controle de fácil aplicação para potencializar a solução de problemas e que amplie o controle de emoções. Técnicas de respiração.

Segunda Sessão

Favorecer o enfrentamento e o estilo racional na resolução de problemas. Definir os problemas de forma clara, concreta e objetiva, aumentar a sensação de controle diante dos problemas (decompor e reenfocar os problemas), estabelecer metas realistas e concretas (perceber a relação entre fantasias que geram sofrimento e destrutividade e metas pouco realistas), gerar soluções alternativas. Trabalhar criatividade, trabalho em grupo, comunicação e técnicas de relaxamento. Tarefas para casa.

Terceira Sessão

Favorecer o enfrentamento e estilo racional da resolução de problemas, aprender um método sistemático e racional para tomar decisões, planejar a execução da solução escolhida e trabalhar os obstáculos que envolvem as tomadas de decisão e pensar como interfere na autonomia e no bem-estar. Tarefas para casa.

Quarta Sessão

Desenvolver o enfrentamento e estilo racional de resolução de problemas, analisar os resultados obtidos com a implementação da solução escolhida. Identificar as dificuldades encontradas, praticar e ganhar agilidade no processo de solução de problemas, partilhar os avanços e conquistas com o grupo e a influência que o controle sobre as decisões e a decisão em resolver os problemas possui sobre o bem-estar. Tarefas para casa.

Quinta Sessão

Analisar a solução desenvolvida. Garantir e repassar as habilidades e ferramentas aprendidas durante o programa, reforçar a sensação de controle sobre a própria vida. Desenvolver metas e objetivos de vida a curto, médio e longo prazo, identificar os pontos de força e auxílio para situações com novos problemas e prevenção de recaídas. Fortalecer o vínculo com o grupo e com os recursos pessoais. Importância da prática contínua para obter esta habilidade como um recurso interno que é patrimônio individual. Despedida e encerramento do programa. Encerramento do Programa.

Fonte: XAVIER (2017).

Quando ocorria alguma falta dos adolescentes a alguma sessão, sem aviso prévio, seguiam-se as recomendações de Vázquez *et al.* (2015): entrar em contato via telefone, perguntar sobre os motivos da ausência, com interesse genuíno, propiciar um resumo do que havia sido trabalhado durante a sessão, indicar

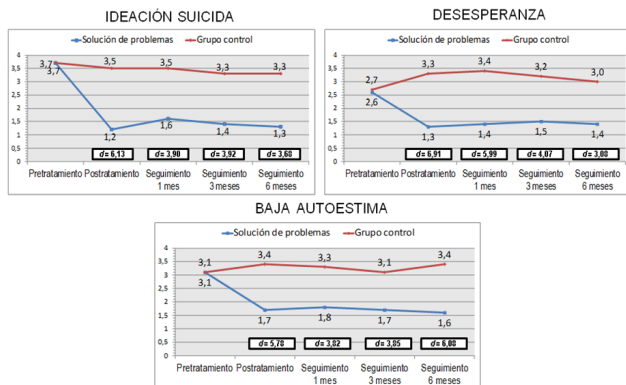
as tarefas para casa e recordar a data da próxima sessão. Além disso, era enviado por *e-mail* o material com o resumo do que fora trabalhado e mensagens ressaltando a sua importância no grupo e os benefícios da participação no programa para sua vida pessoal. Quando não era possível contato telefônico, realizou-se visita até a casa do/a adolescente para conversar sobre as sessões e o motivo da ausência.

Quando em algum ponto de medição do estudo era detectado que algum adolescente tivera intencionalidade ou tentativa suicida, a terapeuta entrava em contato pessoalmente com o adolescente, explicava o que estava acontecendo com ele e entrava em contato com os pais para encaminhamento do adolescente para tratamento na Rede Pública de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram realizados momentos de medida pré, pós intervenção, após 1, 3 e 6 meses. Observou-se que no grupo de solução de problemas houve uma queda significativa nas pontuações da ideação suicida após a intervenção (Figura1), ocorrendo um pequeno aumento após o primeiro mês, depois apresentando uma pequena redução no terceiro mês e mantendo-se estável até o sexto mês, enquanto no grupo controle a ideação suicida manteve-se elevada durante todo o tempo de estudo.

Figura 1 - Evolução da ideação suicida, desesperança e baixa autoestima no grupo de solução de problemas e no controle



Fonte: XAVIER (2017).

No grupo de solução de problemas houve uma redução abrupta da desesperança que se manteve durante os 6 meses de seguimentos, enquanto no grupo controle houve um aumento gradual da desesperança após a primeira medição, que embora fosse mais suave no seguimento aos 6 meses, manteve-se superior em comparação com o escore basal. No que tange ao fator Baixa Autoestima, no pré-teste, a pontuação média de baixa autoestima foi de 3,1 no grupo de solução de problemas e 3,1 no grupo de controle. Após a intervenção, a pontuação média da baixa autoestima foi de 1,7 no grupo de solução de problemas em grupo e 3,4 no grupo de controle. No seguimento de um mês foram 1,8 e 3,3 no grupo de grupo solução de problemas e controle, respectivamente. No seguimento de 3 meses, os valores médios no grupo de solução de problemas e no controle foram de 1,7 e 3,1, respectivamente. No seguimento de 6 meses, o grupo

de solução de problemas obteve uma pontuação média de 1,6 e o grupo controle uma média de 3,4.

A busca de intervenções que possam auxiliar adolescentes em sofrimento psíquico que cometem suicídio tem movido profissionais em todo o mundo. A intervenção desenvolvida nesta pesquisa teve por objetivos se inserir como uma destas tentativas. O programa de prevenção indicada intitulado: Impulso de Vida, construindo habilidades de solução de problemas, partiu da premissa de que problemas das mais diversas configurações que possam estar presentes na vida dos adolescentes (e que diante destes se sentem impotentes e fracassados) produzem intenso sofrimento psíquico e abalam a autoestima, a capacidade de esperança, interferem no humor, nos vínculos, na capacidade de ação e no bem-estar. Da mesma forma, adolescentes considerados em alto risco (elevada ideação suicida, 3 ou mais itens críticos no ISO 30 e pontuação total > e CES-d >16) ao participarem de um programa em grupo de prevenção indicada com foco em uma intervenção clínica baseada na terapia de solução de problemas, que visava ao desenvolvimento de habilidades complexas em relação à forma de observar, lidar e resolver problemas seriam capazes de aumentar os níveis de autoestima, esperança, diminuir humor depressivo, ampliar a capacidade de ação e de bem-estar o que interferiria na diminuição dos indicadores de ideação suicida e humor depressivo.

Ao longo de mais de três anos entre aprovação de projeto no comitê de ética, seleção de amostra, realização de pré-teste e desenvolvimento do programa, os resultados sinalizaram que este pode ser um programa promissor e contribuir para o bem-estar e saúde dos adolescentes.

Os resultados aqui apresentados demonstram que após a intervenção, o grupo de solução de problemas composto por

50 adolescentes entre 16-19 anos, cursando a primeira série do ensino médio da Rede Estadual de Ensino do Ceará, na cidade de Fortaleza, obteve benefícios com a intervenção. Os adolescentes estavam em situação de risco, a grande maioria com dificuldades escolares, com perspectiva de repetir de ano devido a baixas notas e desmotivados (entretanto, havia oito alunos entre grupo controle e grupo experimental que possuíam excelentes notas, mas possuíam um nível de exigência consigo tão elevado que implicava em extrema rigidez e consequente sofrimento) e isolados no ambiente escolar. O programa, além de auxiliar a desenvolver novas habilidades psíquicas para manejar problemas (uma visão positiva do problema, a capacidade de abordá-los de forma racional, criativa, contenção de impulsividade e evitação dos problemas, e diminuição de perspectiva negativa em relação aos desafios da vida) auxiliou também na ampliação de vínculos devido ao trabalho em grupo e trouxe outros benefícios como a melhoria de sintomas psicossomáticos, autoestima e esperança.

O programa obteve boa aceitabilidade e as estratégias de empoderamento e valorização da presença dos estudantes com envio de “SMS”, correio eletrônico, mensagens em “Whatsapp” e adesivos para lembrá-los do vínculo e compromisso com o seu cuidado influenciou na participação, presença e adesão. Além disso, a intervenção foi desenhada para ser simples e adaptada para os adolescentes. Foi relevante a realização de pré-teste, pois trouxe informações valiosas em relação à condução e estrutura do programa, assim como apresentou aspectos da realidade socioeconômica que poderiam interferir na adesão ao programa, como a necessidade de auxílio com as passagens de ônibus para poder comparecer às sessões. Considera-se também de fundamental importância à adesão da direção e dos professores das escolas, além da sensibilização dos pais (inicialmente, alguns pais des-

confiavam que a ida dos filhos para as sessões seria uma mentira, utilizada como disfarce para que pudessem sair com os amigos; entretanto, o bom vínculo nas entrevistas iniciais auxiliou para que os adolescentes se sentissem confortáveis para pedir ajuda e que a pesquisadora pudesse entrar em contato com os parentes para esclarecer a situação).

A amostra foi escolhida com base nos dados da OMS (2012), referente ao aumento dos índices de suicídio nas idades entre 15 e 19 anos, que passaram a constituir a segunda causa de morte nesta faixa etária. Elegeu-se a escola enquanto lugar privilegiado das estratégias de saúde mental devido aos relatórios da OMS (2014) em relação à prevenção de suicídio na adolescência apontarem este espaço enquanto local privilegiado e necessário das estratégias de prevenção, e também pelo fato de que na cidade de Fortaleza não existia serviço de psicologia nas escolas da Rede Pública e da necessidade de que as estratégias valorizem os espaços onde os adolescentes estão inseridos. Além disso, a dinâmica do trabalho desenvolvido na escola sensibilizou os professores, que ao observarem os efeitos sobre os alunos e os resultados do programa, vieram solicitar que fosse pensada uma intervenção envolvendo a terapia de solução de problemas para os professores. Tal fato mostra como estratégias de saúde mental podem possuir efeitos amplificados para a comunidade.

Ademais, apesar de não ter sido proposto como compromisso inicial da pesquisa, mas devido aos bons resultados encontrados, foi oferecido aos alunos do grupo controle, após o término de toda a coleta de dados do último seguimento, a possibilidade de participar do que foi denominado de outra fase do programa em 2017, o qual consistiu na oferta das cinco sessões para aqueles interessados, já que o programa se constitui em uma ferramenta de tecnologia psicológica de saúde pública.

O perfil dos adolescentes encontrados no estudo apresenta semelhanças com os dados de outros estudos (BORGES *et al.*, 2006; AVANCI *et al.*, 2005; BAHLS *et al.*, 2003). Os resultados encontrados no estudo apresentaram um perfil da amostra que revela: maioria mulheres, solteiras, evangélicas, com idade entre 16 e 20 anos, que não possuem trabalho, pertencentes à família de baixa renda, com renda mensal entre 1 e 2 salários mínimos, com pais cuja escolaridade em sua maioria possui poucos estudos, existindo famílias cujos pais nunca frequentaram a escola. A predominância da religião evangélica apresenta relevância, principalmente entre os adolescentes que se declaram homossexuais, pois se sentem ameaçados, não aceitos, em conflito e perseguidos (informações obtidas nas entrevistas e durante as sessões clínicas).

Nas entrevistas realizadas, observou-se preocupações dos adolescentes em relação às expectativas de trabalho e capacidade de sustento financeiro por parte da família. O discurso em relação à preocupação e à cobrança dos pais para que os adolescentes ajudem no sustento familiar produz desde a sensação de ansiedade quanto de fracasso. Apenas 2% dos sujeitos do GI (grupo de intervenção) possuem renda familiar mensal acima de quatro salários mínimos. Em relação ao nível de estudos, todos os sujeitos estavam na mesma série, por isso apresentavam mesmo nível de instrução. A questão da orientação sexual, apesar de não ter constado do questionário, apareceu durante as entrevistas e realização dos grupos e condiz com os dados sobre o suicídio juvenil, que revelam que os jovens *gays* são de duas a três vezes mais propensos a tentar o suicídio, comparativamente aos jovens heterossexuais (MURPHY, 2004).

Os resultados demonstram que a ideação suicida, o primeiro fenômeno do comportamento suicida, pode ser alterada a partir de uma intervenção psicológica. Diante disso, impedindo

a progressão de um sofrimento avassalador que pode amplificar as ideias e o desejo de morrer até o início de planos e a execução dessas ideias, pode-se prevenir incontáveis perdas e mortes na adolescência. Muitos adolescentes permanecem invisíveis diante de procedimentos de ajuda, o que acarreta o avanço do sofrimento e abre as portas para outros comportamentos complexos e/ou destrutivos: ausência da escola, isolamento, depressão, uso abusivo de álcool ou outras drogas, comportamentos antissociais etc. Sentir-se empoderado diante de um problema, experimentar a confiança em si e se perceber possuidor de habilidades de autocuidado fomentam a sensação de bem-estar, autocontrole e esperança, recursos fundamentais que impulsionam a vida e o desejo de viver.

Existem poucos estudos de prevenção indicada de suicídio em adolescentes. No Brasil até o momento, não se conhece nenhuma. O estudo em questão visa contribuir com a literatura científica e apontar a importância da contribuição do saber psicológico para a temática e as questões de saúde de forma geral. Outrossim, os resultados convergem para reforçar a associação positiva entre terapia de solução de problemas e efeitos positivos na prevenção do suicídio conforme atestam o trabalho de outros autores como Eskin *et al.* (2008).

É importante salientar a plasticidade psíquica dos adolescentes e a relevância das intervenções nesse período de desenvolvimento para evitar a cronificação dos sofrimentos. Ainda, percebeu-se como tática importante, que para estabelecer um bom vínculo com adolescentes é fundamental que o terapeuta possua competência e interesse genuíno em acolher o sofrimento deste e pela pessoa do adolescente. São adolescentes, muitas vezes vulneráveis, mas extremamente espertos em identificar disponibilidade e confiança. É válido ressaltar também, que uma pesquisa de caráter interventivo e clínico não pode pautar-se apenas pelo

interesse científico e objetivo dos dados. A pessoa tem que estar em primeiro lugar, o interesse clínico deve ser eticamente o norteador de todos os momentos da intervenção e da pesquisa.

Os resultados favoráveis do estudo podem ser atribuídos a diversos motivos. Além de existir demanda e interesse nos adolescentes devido à curiosidade em relação à psicologia, o desenho do estudo favoreceu um laborioso e cuidadoso processo de escolha de amostra e de uma série de cuidados ao longo da intervenção em relação à disponibilidade para com os adolescentes e para a condução das sessões clínicas. Por isso, o programa contou com a ampla experiência do grupo de transtornos depressivos do curso de psicologia da Universidade de Santiago de Compostela e a orientação do professor Dr. Fernando Vazquez Gonzalez. Não obstante, a ênfase em um programa que pode oferecer aplicabilidade prática na vida, assim como a possibilidade de fortalecimento de vínculos com os outros membros do grupo, são considerados aspectos importantes. É válido ressaltar que o modelo da terapia de solução de problemas relacionados à melhoria do bem-estar e ao acréscimo de novas habilidades psicológicas, conduzida enquanto intervenção clínica propicia ganhos subjetivos que são incorporados à personalidade dos adolescentes e que se mantêm, pelo menos até onde se avaliou ao longo do seguimento deste estudo a 1, 3 e 6 meses.

Concorda-se com Caballo (1996) a respeito de que alguns dos fatores que contribuem para o sucesso da terapia estão relacionados às variáveis do paciente: a) a forma com que o paciente percebe o terapeuta, com *status*, credibilidade, valores similares e com os recursos que o paciente necessita; b) a forma de o paciente ver o terapeuta como confiante, profissional, compreendendo, aceitando e animando-o à independência; c) momentos na terapia onde a qualidade da voz do paciente caracteriza-se por

atividade, energia, expressividade, vivacidade e riqueza das palavras utilizadas; d) envolvimento do paciente e sua participação ativa no processo de terapia (gosto por se comunicar, o compromisso para mudar, a confiança no terapeuta, o reconhecimento da responsabilidade de si próprio para realizar a mudança, o prazer de se relacionar com o terapeuta e o reconhecer sentimentos e comportamentos). Houve grande envolvimento e disponibilidade dos adolescentes. A receptividade para o processo de mudança foi muito significativo e possibilitou uma boa adesão e apropriação dos recursos construídos. Foram realizadas estratégias que cuidassem da manutenção dessa disponibilidade e interesse, conforme citado anteriormente.

Os adolescentes que receberam a intervenção apresentaram menores escores em ideação suicida que os do grupo controle após a intervenção e nos seguimentos a 1, 3 e 6 meses. Além de tudo, os estudantes que receberam a intervenção apresentaram redução em pensamentos negativos e melhoraram habilidades de resolução de problemas e autoestima, com resultados melhores que os adolescentes do grupo controle. Encontrou-se uma correlação positiva entre ideação suicida e estilo impulsivo/evitativo e orientação negativa pós-tratamento, assim como uma correlação negativa entre ideação suicida e pontuação total de solução de problemas aos seis meses de seguimento. Uma das hipóteses sugeridas neste estudo, considera que as modificações nas habilidades de solução de problemas estão relacionadas com a diminuição de ideação suicida e humor depressivo. Cogita-se que ao desenvolver aumento na orientação positiva do problema, tornar-se capaz de gerar mais soluções alternativas, diminuir a impulsividade e os pensamentos negativos, aumentou o nível de bem-estar, autoconfiança e influenciou uma postura diferente diante da vida, interferindo na diminuição de ideação suicida e do humor de-

pressivo. E tais ganhos, considerados decorrentes da intervenção, mantiveram-se a 1, 3 e 6 meses. Enquanto isso, o grupo controle não apresentou melhorias nos indicadores citados. Dados semelhantes foram encontrados nos estudos de ideação suicida e solução de problemas realizados por Fitzpatrick *et al.* (2005).

Em relação à adesão ao tratamento, a resposta foi acima das expectativas. Esperava-se uma taxa de abandono de 30%. Entretanto, não houve abandonos no grupo de solução de problemas e no grupo controle apenas dois sujeitos após a última coleta de dados foram encaminhados para acompanhamento no CAPS (Centro de Atenção Psicossocial, por estarem evoluindo para tentativa de suicídio). A adesão ao tratamento com adolescentes costuma ser baixa. Entretanto, considera-se que algumas das explicações para o êxito do programa deveu-se aos cuidados e atenção dispensados aos adolescentes, ao apoio buscado junto à família antes do início da intervenção, ao apoio dos professores e direção das escolas, e ao desejo dos adolescentes de participarem de atividades que envolvessem psicologia, pois nunca tiveram acesso a um profissional psicólogo, além da alta demanda de cuidado e atenção. Considera-se que quando os adolescentes confiam, sentem-se apoiados e estabelecem um bom vínculo com o terapeuta (aliança terapêutica ou transferência positiva) apresentam elevada motivação para se engajar nas atividades.

A oferta de cuidados, atenção, planejamento cuidadoso com o local das sessões, e com a condução delas, respeito com a diversidade, disponibilidade para ouvir e desejo autêntico de contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos adolescentes podem ser elementos valiosos para a intervenção com os sujeitos. Outro fator considerado foi a importância do pré-teste para descobrir as situações que poderiam interferir na adesão ao tratamento. O desenvolvimento de estratégias de lembrete

e associação da presença nas sessões e do cuidado consigo e a conquista de bem-estar como aquisições importantes para a vida, também podem ter sido importantes para a adesão dos adolescentes. Infelizmente, muitas pesquisas desenvolvidas no Brasil com adolescentes consistem em retirar informações e obter dados dos adolescentes e poucas pesquisas preocupam-se em oferecer algo, em produzir algum produto que beneficie os sujeitos, ou seja, poucas pesquisas possuem caráter interventivo. Muitos adolescentes relataram, durante a intervenção, que era o dia mais esperado por eles durante a semana, porque era o momento em que “eles podiam ser eles, serem ouvidos, falar das suas questões, que não eram apenas uma pessoa para tirar boas notas, mas que importavam enquanto pessoas”.

Considera-se relevante o fato de ter sido a mesma pesquisadora a realizar as entrevistas e a desenvolver a intervenção, o que criou um vínculo de acolhimento e compreensão por parte dos adolescentes que se consideravam já acolhidos e possuidores de abertura com a pesquisadora. Ademais, buscou-se realizar a intervenção em uma escola com facilidade de acesso (além de oferecer aos jovens auxílio com as passagens de ônibus); o horário de participação nos grupos foi escolhido pelos adolescentes de forma a não prejudicar a frequência nas aulas e nos estudos; todos os adolescentes e familiares assinaram o termo de consentimento (o que facilitou o contato e o apoio dos familiares) e o apoio da direção da escola que proporcionou a reserva da sala climatizada utilizada para a realização das sessões praticamente por todo o ano. Considera-se importante, também, a criação de um protocolo e de um manual para a intervenção, além do cuidado com o desenho da pesquisa e da seleção da amostra, pois manuais de tratamento facilitam o tratamento e propiciam objetivos concretos e o manejo do tempo (VAZQUEZ, 2004).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os adolescentes que participaram do estudo apresentavam situação de risco para suicídio com intenso sofrimento psíquico devido a múltiplos fatores (ideação suicida, baixa autoestima, desesperança, sintomas depressivos). A escassez de pesquisas de prevenção indicada e que elejam adolescentes em condição clínica de risco propiciou que esta intervenção pudesse contribuir com a melhoria da qualidade de vida destes adolescentes. Diante da precariedade de políticas públicas de saúde mental voltadas para a adolescência e de um cotidiano de vulnerabilidade ao qual estes adolescentes estão expostos: abandono, violência, instabilidade financeira etc, a possibilidade de propiciar uma situação de cuidado que possibilite bem-estar e o ganho de recursos psíquicos utilizados e apropriados enquanto patrimônio para lidar com os sofrimentos da vida, é talvez o maior ganho desta pesquisa. Poder utilizar o saber científico para ampliar qualidade de vida, bem-estar e amenizar sofrimento psíquico deveria ser o objetivo ético de toda ciência.

Em maio de 2013, a 66ª Assembleia da OMS adotou o primeiro Plano de Saúde Mental da OMS. A Prevenção do Suicídio é uma parte integral deste plano, com o objetivo de reduzir a taxa de suicídios em 10% até 2020 nos países que tenham um sistema de informação qualificado e estratégias desenvolvidas. No Brasil, a Portaria MS Nº 1.876, (de 14 de agosto de 2006) propôs a implantação da Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio como uma iniciativa sob a coordenação do Ministério da Saúde e visava em uma de suas diretrizes: aumentar a qualidade das intervenções clínicas baseadas em evidências, especialmente após uma tentativa de suicídio. Desta maneira, apesar das poucas ações desencadeadas no país para tratar da temática, apesar de dez anos de seu lançamento, considera-se que a pes-

quisa em questão auxilia e pode ser inserida como estratégia de prevenção no contexto brasileiro.

Os limites da pesquisa referem-se à impossibilidade de generalizar os resultados desta investigação a outros contextos e culturas. Além disso, é necessário a realização de pesquisas que auxiliem na identificação dos fatores do programa de prevenção que provocam mudanças nas condições clínicas dos sujeitos. Além disso, por se tratar do primeiro programa de prevenção ao suicídio nessa população na cidade de Fortaleza, sugere-se que existem outras intervenções, de prevenção indicada, seletiva e universal que possam complementar os dados ou oferecer novos olhares de compreensão. Além disso, abre-se a possibilidade de desenvolver outras modalidades de intervenção que possam se servir das novas tecnologias e das ferramentas das redes sociais. É importante ressaltar que para a maioria dos adolescentes, foi o primeiro contato com uma profissional de psicologia, o que demanda dos órgãos públicos repensar a escassez de profissionais de psicologia no setor público e a falta de políticas públicas para adolescência, principalmente em relação à saúde mental. Sugere-se, também, a realização de pesquisas com tempo de seguimento maior e em outros contextos que não o escolar, como adolescentes em conflito com a lei e abrigados em centros de recuperação e adolescentes fora do sistema escolar.

REFERÊNCIAS

AVANCI, R. C.; PEDRÃO, L. J.; LOBO DA COSTA, M. Perfil do adolescente que tenta suicídio em uma unidade de emergência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, p. 535-539, 2005.

BAHLS, S. *et al.* Ideação suicida em adolescentes de uma escola pública de Curitiba-PR. **Psiquiatria Biológica**, v. 11, p. 85-90, 2003.

BORGES, V. R.; WERLANG, B. S. G. Estudo de ideação suicida em adolescentes de 13 e 19 anos. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 11, p. 345-351, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes brasileiras para um plano nacional de prevenção do suicídio. **Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006**. Brasília (DF). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html. Acesso em: 16 jun. 2018.

CABALLO, V. E. O treinamento em habilidades sociais. *In*: CABALLO, V. E. (Org.). **Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento**. São Paulo: Santos Livraria, 1996. p. 3-42.

CHÁVEZ-HERNÁNDEZ, A.M. et al. Modelo psicoeducativo para la prevención del suicidio en jóvenes. **Salud Mental**, v.31, n.3, p. 197-203, maio/jun., 2008. Instituto Nacional de Psiquiatria Ramón de la Fuente Muñiz, Distrito Federal, México.

D’ZURILLA, T.J.E; NEZU, A.M. **Problem-solving therapy: a positive approach to clinical intervention**. 3. ed. New York: Springer Publishing Company, 2007.

D’ZURILLA, T.J.E; NEZU, A.M. Problem-solving therapy. *In*: DOBSON, K.S. (Ed.). **Handbook of cognitive-behavioral therapies**. New York: Guilford Press, 2010. p.197-225.

ESKIN, M.; ERTEKIN, K; DEMIR, H. Efficacy of a problem-solving therapy for depression and suicide potential in adolescents and young adults. **Cognitive Therapy and Research**, v. 32, p. 227-245, 2008.

FITZPATRICK, K.K.; WITTE, T.K.; SCHMIDT, N.B. Randomized controlled trial of a brief problem-orientation intervention for suicidal ideation. **Behavior Therapy**, v. 36, p. 323-333, 2005.

MURPHY, H.E. Suicide among gay/lesbian/bisexual youth. **Safe Schools Coalition**, Seattle, 2004. Disponível em: <http://www.safeschoolscoalition.org/SuicideamongGLBYouth.html>. Acesso em: 16 jun. 2018.

VÁZQUEZ, F.L. La modificación de conducta en la actualidad: una realidad compleja. **Psicología Conductual**, v. 12, p. 269-288, 2004.

VÁZQUEZ, F.L.; TORRES, A. Análisis sobre la investigación de la prevención de episodios nuevos de depresión. **Clínica y Salud**, v. 18, p. 221-246, 2007.

VÁZQUEZ, F.L. *et al.* Un programa breve basado en la solución de problemas para la prevención de la depresión en cuidadores informales de pacientes con demencia: un estudio piloto. **Clínica y Salud**, v.21, n.1, p.59-76, 2010.

VÁZQUEZ, F.L., OTERO, P., BLANCO, V., TORRES, A. **Terapia de solución de problemas para la depresión**: una breve guía práctica en grupo. Madrid: Alianza Editorial, 2015.

WASELFISZ, J.J. **Mapa da Violência 2014**: os jovens do Brasil. Rio de Janeiro: FLACSO Brasil, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Suicide rates**. 2012. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/. Acesso em: 16 jun. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Preventing Suicide**: a global imperative. 2014. Disponível em: Acesso em: 16 jun. 2018.

SANTOS, W. S.; XAVIER, S. A.; GONÇALVES, F. M. Tradução e adaptação do ISO-30 para o contexto brasileiro. Ciências Psicológicas (Prelo).

XAVIER, S. A. **Programa breve de prevenção indicada do suicídio em adolescentes**: um ensaio controlado aleatorizado. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Universidade de Santiago de Compostela, 2017.

CAPÍTULO 2

ESPAÇOS DE INOVAÇÃO: UM ESTUDO DE CASO DE SEIS POSTOS DE SAÚDE LOCAIS NO NORDESTE DO BRASIL

Jéssica Jerome

INTRODUÇÃO

“Se você realmente quer ver o controle social em ação, você tem que ir aos conselhos de saúde dos postos locais. É onde vive a história real, onde você verá o povo comunicar suas necessidades às autoridades de saúde.”, o presidente do conselho municipal de saúde em Fortaleza, com sua voz cheia de entusiasmo, contou-me isso enquanto explicava como os diferentes conselhos de saúde interagiram em sua cidade.

O ideal de governança participativa, alcançado através da deliberação baseada em bairros sobre cuidados de saúde tem energizado ativistas e políticos em todo o Brasil e produzido uma literatura acadêmica volumosa nacional e internacional (CARVALHO *et al.*, 2000; COELHO, 2004, 2013, 2014; ELIAS *et al.*, 2003; ESCOREL *et al.*, 2009; MARTINEZ *et al.*, 2016; e SANTOS, 2000).

Como um sistema que devolve poder substancial aos cidadãos e seu ato de participação, os conselhos de saúde no Brasil se destacam das formas mais vagamente definidas de “reformas participativas” encontradas em toda a América Latina (BAIOCCHI, 2011). E, como o presidente municipal entusiasmou, em

nenhum lugar a possibilidade de ver ‘cidadãos comuns’ unirem-se para levantar preocupações e demandas de voz parecem ser mais promissoras do que no contexto da unidade mais básica do sistema de conselhos: os conselhos locais de saúde formados em cada posto de saúde do bairro encontrados em todos os municípios brasileiros.

Os Conselhos Locais de Saúde (CLSs) são órgãos deliberativos reunidos mensalmente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) para inspecionar contas de saúde pública, exigir prestação de contas por serviços e exercer influência sobre como os recursos públicos de saúde são gastos. De acordo com os estatutos do Sistema Único de Saúde (SUS), as transferências federais de dinheiro público para os sistemas locais de saúde dependem da verificação do orçamento pelos conselhos locais de saúde. Os CLSs são, portanto, uma das ferramentas políticas mais importantes para fornecer recursos para os sistemas locais de saúde. Apesar de um subconjunto da literatura dedicada aos CLSs (COELHO, 2013; DURÁN; GERSHMAN, 2014; MARTINS; SANTOS, 2012; BRASIL; CAPELLA 2016; MIWA *et al.*, 2017), há relativamente pouca evidência reunida sobre o impacto que os cidadãos locais tiveram sobre a tomada de decisões políticas reais, nem a atenção dada aos entendimentos dos atores que animam esses espaços participativos locais.

Este artigo apresenta os resultados de entrevistas semiestruturadas com presidentes de conselhos de saúde de seis UBS localizadas em uma única região em um bairro periférico de Fortaleza. As entrevistas são complementadas pela observação participante das reuniões dos conselhos locais de saúde realizadas durante um período de três anos (2015-2017) e entrevistas com presidentes dos conselhos municipais, regionais e estaduais de saúde, bem como com mais de vinte atores de agências governa-

mentais e associações locais. Ao apresentar o que é essencialmente uma série de estudos de caso de seis conselhos locais de saúde, este estudo pretende contribuir com uma visão alternativa para um corpo de literatura que, no geral, permaneceu relativamente pessimista sobre até que ponto a democracia participativa está trabalhando em conselhos de saúde.

Esses artigos citam, por exemplo, a invisibilidade dos conselhos, a falta de representatividade de seus membros e a escassez de evidências que sugerem que as discussões do conselho estão fazendo a diferença no processo de política de saúde (MIWA; SERAPIONI, 2017; COELHO, 2014). Expressando agudamente esse pessimismo, a estudiosa brasileira Coelho escreve: “Suas contribuições [de mecanismos participativos] para o desenvolvimento de uma forma robusta de responsabilização são tímidas, os cidadãos permanecem fracamente envolvidos e os impactos das políticas são poucos” (2014: p.2).

Embora este estudo corrobore alguns dos desafios anteriormente documentados, como a falta de treinamento e orçamentos operacionais para os conselhos locais de saúde, a falta de representação adequada entre os usuários e os conselhos de apoio às redes de patronato, também confirma a existência de seus funcionamentos, conselhos ativos de saúde em uma das regiões mais pobres de Fortaleza, durante um período de grande turbulência política nacional e desconforto local sobre a capacidade dos políticos de continuar a obter financiamento para o SUS.

Apesar dessa inquietação, encontrei vários exemplos de conselhos municipais de saúde, gerando ideias políticas que acabariam sendo adotadas pelos líderes municipais. Também documentei exemplos de disputa e contestação em torno de questões de infraestrutura do conselho que pareciam fortalecer, em vez de ameaçar o potencial democrático do conselho de saúde.

Finalmente, as entrevistas com os presidentes dos conselhos locais revelaram vínculos densos não primordialmente com partidos políticos, como já afirmaram os acadêmicos (CORNWALL, 2008; HAYES, 2004), mas entre os conselhos e a rede histórica de Associações Voluntárias na região em que os postos de saúde estavam situados. A ascensão da sociedade civil organizada parece ter levado a um declínio nessas associações históricas, mas também forneceu uma nova maneira de os moradores mobilizarem a ação política, como evidenciado pelas conquistas específicas documentadas neste estudo.

Ao longo deste artigo defendo que os conselhos locais de saúde, que o presidente municipal de saúde denominou “a história real”, podem ser entendidos como uma esfera pública de contestação política sobre como conceituar a saúde e a política democrática e como um espaço no qual inovações para melhorar os cuidados de saúde surgiram.

DEFINIÇÃO DE ESTUDO E METODOLOGIA

Os dados deste artigo foram coletados durante três estadas de seis semanas de duração na cidade de Fortaleza, Ceará (junho a julho de 2015, julho a agosto de 2016 e outubro a novembro de 2017). Durante esse período, selecionei sete UBS, localizadas na Regional A¹. A cidade de Fortaleza está dividida em seis regiões que controlam os serviços sociais (como Assistência Social, Cesta Básica e Bolsa Família) para todos os bairros associados. Escolhi basear meu estudo na Regional A. Uma comunidade de classe trabalhadora e empobrecida localizada na periferia de Fortaleza, porque conduzi pesquisas nessa região nas últimas duas décadas,

¹ Os nomes de todos os postos de saúde locais, bem como da Região em que estão localizados, foram alterados para proteger a privacidade dos indivíduos e instituições neste estudo.

e sou capaz de situar as políticas e ações da comunidade local dentro de uma história que já documentei (JEROME, 2015).

As sete UBS incluídas neste estudo foram escolhidas porque incluíam todos os postos que ficavam na metade norte da Regional A. Embora não tenham sido escolhidos aleatoriamente, eles também não foram escolhidos por nenhum atributo em particular, como um conselho de saúde em funcionamento ou a vontade de um presidente do conselho de falar comigo. Em cada posto, com exceção da UBS # 6, que não mantinha um conselho de saúde, conduzi uma entrevista semiestruturada com o presidente do conselho, às vezes na presença de usuários que também comentavam nas perguntas. Durante essas entrevistas, também solicitei uma história individual. As reuniões do conselho de saúde eram tipicamente realizadas mensalmente nos postos locais, e eu participei do máximo que pude durante o período de minhas viagens de pesquisa.

Concomitantemente a essas entrevistas, visitei e realizei entrevistas informativas com os administradores na sede da Regional A, na Sede Municipal e nos escritórios do Conselho Estadual de Saúde, além de participar das reuniões dos conselhos regionais, municipais e estaduais de saúde que ocorreram durante o período de tempo da pesquisa. Entrevistei, também, o presidente do Conselho Municipal e do Conselho de Estado.

Por fim, durante toda a duração do meu trabalho de campo, vivi na Regional A e, portanto, pude acompanhar as relações entre os presidentes dos conselhos de saúde descritos entre os postos e as Associações Voluntárias na comunidade. Três viagens ao longo de três anos permitiram-me captar um retrato longitudinal dos conselhos e traçar padrões temáticos à medida que surgiam ao longo do tempo. Espero que esta perspectiva acrescente profundidade às afirmações apresentadas por estudos que

se concentraram, principalmente nos conselhos em um único ponto no tempo.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da minha instituição de origem, a Universidade DePaul, com o protocolo JJ052615CSH, e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Saúde do Município de Fortaleza, com o protocolo P920157.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Características gerais das UBSs, Conselhos de Saúde e Presidentes do Conselho de Saúde

Todas as sete UBS visitadas para este estudo mantiveram, pelo menos, um dentista e uma farmácia no local, bem como os descritos pelos presidentes dos conselhos como “os mais recentes esforços de modernização”: TVs de tela plana nas áreas de espera e um sistema de registro médico eletrônico. Apesar de uma ampla preocupação entre presidentes de conselho e usuários sobre mudanças pessoais administrativas, apenas duas das sete UBSs nomearam novas coordenadoras durante o estudo.

Seis das sete UBSs do estudo afirmaram ter um conselho de saúde ativo, e todos os seis postos realizaram pelo menos uma reunião do conselho de saúde durante cada um dos três períodos de seis semanas de estudo. Com relação à representação no conselho de saúde, em apenas duas das reuniões do conselho da UBS que participei, uma pessoa se identificou como um “novo participante”, uma descoberta confirmada e amplificada pelos presidentes dos conselhos de saúde durante as entrevistas. Todas as reuniões do conselho de saúde local que participei tiveram doze participantes ou menos deles (incluindo eu e o presidente

do conselho de saúde) e, aproximadamente, metade deles tinha menos de cinco pessoas presentes.

As características demográficas dos seis presidentes de conselhos de saúde apresentam uma ampla faixa etária, um número par de homens e mulheres e a conclusão do ensino médio como o nível de educação mais comumente concluído. Todos os seis presidentes de conselhos de saúde cresceram e eram residentes atuais dos bairros em que seu posto de saúde estava localizado. Uma das semelhanças mais impressionantes dos presidentes, que discuto mais detalhadamente abaixo, é que cinco em seis deles eram membros do passado e/ou atual de Associações Voluntárias do bairro, e descreveram a participação ativa na luta histórica da comunidade em geral para estabelecer parcerias cívicas e culturais, direitos sociais e legais dentro da cidade.

Com base em minhas entrevistas com seis presidentes de conselhos de saúde, bem como uma análise das reuniões do conselho de saúde local que participei, também identifiquei três principais preocupações abordadas durante as reuniões do conselho de saúde, incluindo medicamentos ausentes e problemas de pessoal; infraestrutura deficiente para realizar o trabalho do conselho de saúde; e falta de representação adequada nas reuniões do conselho de saúde.

Durante minhas entrevistas com os presidentes dos conselhos de saúde, surgiram quatro temas inter-relacionados, que são apresentados e discutidos abaixo.

Tema I: Ligações com o Passado

Artigos acadêmicos sobre conselhos de saúde, assim como os incontáveis panfletos que explicam o trabalho dos conselhos

de saúde que recebi ao longo deste estudo, muitas vezes começam por explicar que suas origens podem ser atribuídas aos movimentos e organizações sociais surgidas em todo o Brasil nos anos 1970 e 1980, e aceleraram o fim da ditadura (BRASIL; CAPELLA, 2016; CARVALHO, 1998; COELHO, 2004; CORNWALL, 2008; MOREIRA, ESCOREL, 2009). Apesar da repetição dessa história, poucos artigos fornecem evidências empíricas da conexão entre movimentos e organizações históricas e a atual composição dos conselhos de saúde nem discutem o impacto de tais vínculos no funcionamento dos CLS. Para uma importante exceção dessa tendência (COELHO, 2013).

Minhas entrevistas com os presidentes de conselho, bem como a observação participante que realizei durante os anos deste estudo, revelaram um conjunto denso de ligações entre as histórias pessoais dos presidentes, as associações voluntárias locais e a história de ativismo em sua comunidade. Os presidentes mais antigos, inclusive neste estudo, muitas vezes se esforçaram para enfatizar que uma versão dos conselhos de saúde existia antes do surgimento do SUS.

Explicou um presidente: “O SUS não foi difícil de montar porque falamos sobre isso antes, na verdade, coisas como os conselhos de saúde existiam há muito tempo. Trabalhamos por muitos anos para obter serviços de saúde em nosso bairro” (Presidente 7). Essa afirmação foi ampliada por vários antigos usuários. “Fizemos isso o tempo todo”. Uma mulher me explicou: “Ficando juntos, tentando fazer com que a cidade nos desse espaço para um posto de saúde, para nos dar algum acesso a serviços básicos, apenas para nos reconhecer. Ir a reuniões como esta foi a maneira como fizemos as coisas”.

A maioria dos postos de saúde surgiu do ativismo comunitário direto, assim como a idade relativa dos postos: das sete UBS

escolhidas para inclusão neste estudo, todas, com exceção de uma (nº 6), foram abertas pelo “ativismo e pressão da comunidade”. Duas UBS foram abertas bem antes da inauguração do SUS no Brasil (em 1982 e 1983, respectivamente) e três foram abertas nos primeiros anos da implantação do sistema de saúde em Fortaleza (1990, 1992 e 1995, respectivamente).

Todos os presidentes dos conselhos de saúde que entrevistei também relataram envolvimento pessoal na luta por direitos cívicos e legais liderados por bairros periféricos em Fortaleza durante os anos 70 e 80. E todos, com exceção de um presidente, eram membros ativos de uma ou mais das associações voluntárias da comunidade. O único presidente que não esteve envolvido nessas lutas nasceu tarde demais para participar das revoltas da geração de seus pais.

Em seu artigo sobre um conselho municipal de saúde em Pernambuco, Cornwall (2008) argumenta que todos os relatos de instituições de governança participativa devem estar situados dentro de um contexto de instituições e práticas políticas existentes. Tais instituições, ela escreve, nunca são autônomas, mas estão bastante interconectadas pela paisagem social e política na qual elas são historicamente incorporadas, e os projetos institucionais não podem isolar esses espaços das práticas políticas predominantes.

Associações voluntárias floresceram em bairros periféricos por toda Fortaleza durante os anos 80 e início dos anos 90. De acordo com um censo realizado em 1986, havia 97 que identificaram como Associações Voluntárias apenas na Regional A (GONÇALVES DA COSTA, 1995). Essas organizações, que variavam de grupos de mulheres vendendo produtos artesanais, a grupos de samba, a grupos de pesca de crianças, a cooperativas de materiais de habitação, a creches, eram centrais para o caráter

da comunidade. Os presidentes descreveram pertencer a várias associações e usá-las para cultivar relacionamentos sociais, bem como para organizar campanhas para garantir mais recursos dos políticos da cidade.

Sua história de envolvimento com as associações voluntárias em sua comunidade teve múltiplos efeitos em seu trabalho nos atuais CLSs. Por exemplo, os presidentes enfatizaram o quão profundamente ligados se sentiram os moradores de sua comunidade, e como eles usaram esse conhecimento para avaliar o potencial das propostas de saúde pública apresentadas no posto de saúde. “Quando a cidade vem até nós [o conselho] e propõe um esquema sobre os agentes de saúde indo de porta em porta para, vamos supor, uma nova campanha para baixar a pressão arterial, sei se vai funcionar ou não” (Presidente 5). Outro presidente afirmou: “Eu sei como eles vão responder a um novo coordenador e eu posso meio que evitar problemas entre ele e os residentes antes que a comunicação seja interrompida” (Presidente 2).

Os presidentes também enfatizaram a importância de ter testemunhado e trabalhado pessoalmente para a implementação dos postos de saúde de cujos conselhos eles eram agora presidentes. “Nós nos juntamos desde o começo”, explicou um presidente, “eu me lembro quando isso era apenas um campo, e todos nós nos reunimos por muitas semanas e meses para garantir que este posto fosse construído. Este posto pode passar por maus momentos”, continuou ele, “onde não temos dinheiro ou medicamentos suficientes, mas lembro às pessoas que costumava haver um tempo, não muito tempo atrás, quando não havia nada aqui!”.

Pesquisas em conselhos de saúde têm enfatizado frequentemente o impacto negativo que fortes afiliações políticas podem ter na criação de conselhos que representam adequadamente a população que seus postos de saúde servem. Mas as observações

que descrevi acima atestam outro lado da influência de afiliações passadas nos conselhos. Na Regional A, essas conexões parecem auxiliar o trabalho do presidente à medida que ele avalia novas medidas de saúde pública e coloca os problemas do posto de saúde em perspectiva histórica. Desse modo, eles nos lembram que presidentes de conselho de saúde e usuários em bairros periféricos urbanos podem não ser apenas, ou mesmo influenciados, principalmente, por filiações políticas, mas provavelmente estão inseridos em uma série de associações comunitárias que continuam a estruturar a maneira como pensam sobre saúde no cuidado e governança participativa.

Todos os seis presidentes que entrevistei descreveram sua trajetória pessoal (tendo sido cidadão de um bairro periférico pobre da Regional A, tornando-se usuário e depois eleito presidente do conselho de saúde) como algo que fluiu naturalmente de uma preocupação antiga com a melhoria de sua comunidade. “Não sei explicar exatamente por quê”, disse um presidente, “mas sempre me interessei em organizar as pessoas para se unirem. Eu acredito em algo como a saúde, é o nosso direito, e nós temos que fazer isso! É o que estou tentando fazer aqui [como presidente do conselho]” (Presidente 3). Outro presidente afirmou: “Este trabalho é apenas uma continuação do que eu sempre fiz na comunidade, organizar, educar e protestar” (Presidente 5). À medida em que os próprios presidentes viram seus papéis nos CLSs como relacionados às posições anteriores que tinham na comunidade e o grau em que ambas as formas de participação eram vistas como tipos de ativismo, ressalta a necessidade de estudos futuros sobre o conselho de saúde. investigar uma gama mais ampla de afiliações entre conselhos de saúde e organizações comunitárias, bem como entender como formas mais antigas da sociedade civil, como associações voluntárias, moldaram as expectativas e prioridades dos atuais CLSs.

Tema II: Representação, *Expertise* e Gestão

Apesar das semelhanças que os presidentes descreveram entre associações voluntárias e CLSs, eles também chamaram minha atenção para, pelo menos, uma diferença importante. Por lei, os CLS são compostos por usuários (50%), profissionais de saúde, como os médicos ou enfermeiros que trabalham nos postos (25%), e o gestor, tipicamente o coordenador (o principal administrador do posto) (25%). Para os postos incluídos neste estudo, esse ideal de composição quase nunca foi atingido. Mais frequentemente, o presidente do conselho participava da reunião com alguns usuários e o coordenador. Os profissionais de saúde podem entrar, mas muitas vezes não puderam comparecer às reuniões durante toda a sua duração, e eram mais propensos a serem informados sobre o que foi discutido em um momento posterior. O comparecimento dos usuários também foi esporádico, mas raramente vi uma reunião do conselho de saúde começar sem a presença do coordenador.

Em suas entrevistas, os presidentes discutiam com frequência a dificuldade de conseguir um número adequado de funcionários para participar das reuniões do conselho de saúde. Um presidente comentou: “Hoje em dia, você tem que fazer mais do que apenas colocar um panfleto para levar as pessoas a uma reunião, tem que haver comida, ou jogos - algo grátis! As pessoas não acabam de falar sobre saúde. Quer dizer, talvez se fosse sobre turismo, ou surfar! Mas saúde? As pessoas simplesmente não estão interessadas! Primeiro você tem que educá-los sobre a importância dessas reuniões” (Presidente 5).

A ideia de educar o público sobre a importância dos conselhos de saúde e do controle social, em geral, é uma das ações mais levadas a sério pelos órgãos municipais e estaduais de Fortaleza. Em muitas das entrevistas que realizei com autoridades

estaduais de saúde, eles fechavam oferecendo-me livretos coloridos e livros de trabalho espessos dedicados à elaboração do controle social e seu papel no SUS. Panfletos como “Entre Rodas e Redes a trajetória do controle social do SUS” eram produtos de uma colaboração entre o Ministério da Saúde e a Secretaria da Saúde, e detalhavam em linguagem simples a necessidade de obter representantes de toda a população para participar nas decisões sobre cuidados de saúde.

Em junho de 2016, também participei de um *workshop* de três dias em Fortaleza, intitulado “Experiências de Controle Social”, liderado por um membro do Conselho de Saúde Nacional para treinar presidentes de conselhos locais e municipais de saúde em todo o Ceará, sobre como obter mais que os moradores participem dos conselhos de saúde e que métodos poderiam ser usados para aumentar a comunicação entre os conselhos de saúde em todo o estado, a fim de compartilhar as preocupações atuais sobre seus cargos. “O problema é que,” afirmou o líder do *workshop*, “o cidadão já é capitalista, então eles nem sempre querem fazer parte do sistema social. Mas se você conseguir levar as pessoas às reuniões e elas ajudarem a planejar o que acontece nos postos de saúde, elas começarão a perceber que é assim que você cria um sistema melhor. Não é um sistema de especialistas, mas um sistema de pessoas que estão usando os postos, aprendendo e criando algo novo!”

Mas os presidentes locais do conselho de saúde atribuíram as dificuldades que os postos locais tiveram em cultivar uma recepção e interesse mais amplos pelos postos de saúde, não pela falta de educação dos residentes em relação ao controle social, mas sim à exigência representacional. Como se poderia esperar que os usuários falassem livremente, muitos presidentes locais perguntaram, quando viam os administradores do posto sentados

ali? “Esse é um grande problema nos conselhos locais de saúde”, explicou um dos presidentes, “o coordenador é colocado em prática por qualquer coisa que esteja no poder - essas são nomeações políticas! Eles mostram as reuniões, e você não vai a uma reunião e denuncia o que a gestão - o que o posto está fazendo! Você precisa que eles sejam seus amigos, façam favores, ajudem a obter o cuidado que você precisa”. Outro presidente afirmou que “Para a maioria dos vereadores aqui, é uma piada, eles fazem exatamente o que devem fazer, e o que a empresa diz que eles deveriam: eles fecham os olhos, a boca e cobrem os ouvidos... porque eles não querem saber. Mas não é assim que deveria ser, os usuários devem denunciar! Em vez disso, eles estão simplesmente falando sobre o valor dos médicos, seus salários, medicamentos e coisas que não são realmente sobre saúde. Precisamos estar falando sobre como avançar e sobre o que nos falta!” (Presidente 2).

As preocupações dos presidentes sobre o relativo silêncio e até a ausência de usuários nas reuniões do conselho corroboram o trabalho de estudiosos que documentaram padrões de representação e participação inadequadas nos conselhos municipais e estaduais de saúde (COELHO, 2004; MOREIRA *et al.*, 2009; OLIVEIRA, 2004; SHIMIZU *et al.*, 2015). No entanto, a atribuição dos presidentes a essa ausência à inclusão necessária de um membro da administração em todas as reuniões do CLS sugere que as sugestões dos acadêmicos anteriores e, na verdade, das agências estaduais de aumento da educação sobre a importância do controle social podem não ser suficientes.

Seus comentários nos obrigam a reconsiderar as desigualdades que podem ser geradas a partir de uma das características mais básicas dos conselhos de saúde. Ao contrário das associações voluntárias discutidas na seção anterior, a exigência do CLS de que a administração de saúde participe dos conselhos garan-

te que as reuniões serão assistidas por, pelo menos, uma pessoa que não seja da comunidade. Na Regional A essa distinção foi aumentada pelas roupas um pouco mais formais que os coordenadores usariam para trabalhar, os carros que dirigiam para os postos (em oposição aos usuários que, geralmente, andavam ou pegavam ônibus) e os graus educacionais mais avançados que eles possuíam. Essas diferenças semióticas, que diferenciam os demais membros do conselho, foram notadas em todas as reuniões do conselho de saúde e dos postos que participei.

O sociólogo Pierre Bourdieu propôs que são precisamente essas distinções semióticas que podem ser entendidas como formas de capital cultural, social ou econômica, que permitem que certos grupos de pessoas participem mais efetivamente da sociedade civil do que outros (1984). De acordo com Bourdieu (1984), a capacidade de falar igualmente, a própria premissa de um mecanismo participativo, como os conselhos de saúde, é uma ficção que dificilmente será corrigida por meio da educação. A competência linguística, na sua opinião, não é meramente uma questão de especialização técnica (algo que poderia ser aprendido, por exemplo, no tipo de treinamento que eu frequentei organizado pelo Conselho Nacional de Saúde), mas embutido em hábitos individuais e histórias de vida. Enquanto os CLSs que eu observei eram quase inteiramente compostos de pessoas das mesmas origens humildes, parece que a presença de até mesmo um membro que tinha autoridade profissional e era de uma classe social mais alta, foi percebida pelos presidentes como encerrando conversas e debates, e talvez mais importante, como manter os moradores longe das reuniões do conselho de saúde em primeiro lugar.

Como um ex-presidente do conselho de saúde observou: “Os conselhos são apenas para mostrar. Veja, esses conselhos têm

que ser compostos por cinquenta por cento de membros da comunidade, mas também cinquenta por cento de gestores e médicos. Mas o que isso significa? É ridículo. Esses conselhos não são para o povo. Eu nunca faria isso de novo, eu só não quero ser um escravo da empresa”. Declarações como esta e outras semelhantes que ouvi ao longo da minha pesquisa desafiam as repetidas insistências dos estudiosos em simplesmente aumentar a educação sobre a importância do controle social, e sugerem que os CLSs urbanos talvez precisem reexaminar o impacto da gestão no social dinâmica de suas reuniões.

Tema III: Realizações Presidenciais

Embora os presidentes dos conselhos de saúde fossem pessimistas quanto ao impacto da gestão na participação do conselho, todos os seis presidentes responderam entusiasticamente e com exemplos detalhados à questão sobre o que haviam conseguido em seus cargos durante seu mandato como presidente. Vários presidentes começaram explicando que viam um de seus papéis como defensores dos usuários em seus cargos. Por exemplo, um presidente explicou: “O que acontece é que alguém virá ao posto e dirá: “– Ei, estou tendo este ou aquele problema com alguma coisa, preciso fazer uma cirurgia mais cedo, ou preciso pegar esse remédio e nós não temos isso aqui”. O que podemos fazer como parte do conselho local é defender em seu nome – às vezes até a Secretaria de Saúde. Nós tomaremos seus formulários, junto com toda a documentação e faremos barulho suficiente para que algo seja feito (Presidente 7).

Quase todos os presidentes também incluíram uma descrição do que haviam feito para manter a construção física do

posto como parte de sua lista de realizações. Por exemplo, um presidente relatou como tinha conseguido várias novas janelas na parte de baixo do posto, para ter ar suficiente vindo daquele lado do edifício. Como ele explicou: “Nós tivemos mulheres grávidas vindo para o posto que quase desmaiaram enquanto esperavam para serem vistas, porque era muito sufocante”. Fui ao presidente regional e disse a eles: “Você coloca milhões de reais na construção desses postos e nem consegue colocar uma janela no lugar certo agora?” Consegui os fundos (Presidente 3). Outro presidente relatou como ele tinha pressionado bastante para garantir fundos para construir um piso adicional em seu posto para fornecer um espaço para seus agentes comunitários de saúde e acrescentar um banheiro adicional ao posto.

Além de advogar por usuários e cuidar da estrutura física de seus cargos, os presidentes também descreveram exemplos de ideias políticas que surgiram das reuniões do conselho local. Um presidente descreveu como os usuários vinham reclamando por várias reuniões consecutivas sobre a falta de segurança em seu posto de saúde. “Temos um guarda que vigia o posto das 7h da manhã (quando o posto é aberto) até as 16h. Mas os moradores pensaram que deveria haver alguém até que o posto fosse fechado (às 19h) e que eles deveriam se oferecer para levar alguns dos moradores mais velhos do bairro para casa, se precisassem.” (Presidente 5). Ele então explicou que, muitas vezes, os antigos usuários mais doentes não chegavam ao posto se estivessem preocupados com a segurança na caminhada de ida ou volta do posto. “Isso era um problema para a saúde deles, então sabíamos que tínhamos que consertar isso!” Ele concluiu. O posto agora mantém um segurança no local, das sete da manhã às sete da noite, e permite que o guarda acompanhe os pacientes idosos em casa quando necessário.

Em outro exemplo, um presidente contou a história de uma usuária que comparecera a uma reunião do conselho porque estava preocupada com a falta de uma calçada ao redor do perímetro da escola da filha. Ela estava nervosa porque havia todas aquelas crianças circulando em frente à escola, às vezes jogando bola, às vezes apenas conversando, mas nunca prestando atenção ao tráfego no que era uma estrada bastante movimentada. Com frequência, carros chegavam perigosamente perto das crianças que esperavam a abertura da escola. “No começo, eu desconsidere sua preocupação”, relatou o presidente, “não parecia ser algo com que o posto de saúde deveria lidar. Mas então percebi que se tratava de um problema de saúde, era uma questão de saúde e segurança em nossa comunidade e precisávamos fazer algo a respeito” (Presidente 2). O presidente disse que tinha ido ao vereador local para perguntar sobre a construção de um perímetro de concreto mais amplo ao redor da escola, para que as crianças pudessem esperar no caminho do tráfego que se aproximava. Mas ele também pretendia trazer o problema para a próxima reunião do Conselho Regional de Saúde, pois ele achava que o problema existia em outras escolas da região.

O exemplo mais marcante de inovação política foi fornecido pelo presidente do UBS 4, que descreveu ajudar a criar um programa municipal em que os residentes pudessem recolher suas prescrições médicas nos terminais de ônibus da cidade, em vez de precisarem ir aos postos de saúde do bairro. Ela explicou que estava incomodada há muito tempo com os pedidos de medicamentos que ficavam na farmácia do seu posto, esperando para serem resgatados. Ela pensou na possibilidade de criar algum tipo de serviço de entrega em domicílio, mas em uma das reuniões do conselho um usuário trouxe a ideia de ter pequenas farmácias localizadas nos maiores terminais de ônibus de Fortaleza. A maioria dos residentes da Regional A passa por esses terminais a caminho

do trabalho, e pode convenientemente buscar seus medicamentos enquanto transitam pelos terminais, em vez de tentar visitar o posto de saúde local antes ou depois do trabalho.

O presidente explicou o processo de levar esta ideia ao Conselho Regional, à Câmara Municipal e, finalmente, à Secretaria de Saúde, onde acabou por ser visto pelo Presidente da Câmara de Fortaleza e implementada em agosto de 2017 (MADEIRA, 2017). Refletindo sobre o processo, ela disse: “Demorou muito tempo para ir de onde estávamos conversando no posto, até finalmente ver isso acontecendo na cidade, mas valeu a pena! Eu acho que isso vai ajudar muito os residentes” (Presidente 4).

Os exemplos descritos acima demonstram como as próprias definições de saúde estão sendo debatidas, reformuladas e expandidas através da atividade do conselho de saúde. Ao criar um espaço no qual os usuários poderiam suscitar uma ampla gama de preocupações, como segurança noturna, zonas de tráfego escolar e acesso eficiente a medicamentos, essas preocupações foram efetivamente recategorizadas não como problemas comunitários isolados, mas como questões de saúde que deveriam ser discutidas e remediadas através da defesa do conselho local de saúde. Exemplos como esses devem lembrar os estudiosos que insistem em ver a esfera pública apenas como um local de consentimento fabricado, que também pode, pelo menos, às vezes, se tornar um local de conversa e debate sobre o que significa tornar uma comunidade saudável e um espaço em que as inovações políticas são geradas.

Tema IV: Infraestrutura

O tema final que emergiu de minhas entrevistas tinha a ver com a infraestrutura material dos conselhos de saúde. Uma

das principais preocupações dos presidentes de conselhos de saúde expressas durante minhas entrevistas não era ter infraestrutura, espaço ou recursos materiais apropriados para suas reuniões. O espaço físico para realizar reuniões era uma fonte de preocupação particular. Os três presidentes dos conselhos de saúde cujos cargos tinham apenas um pequeno escritório reservado para o conselho (nos dias em que não era usado para vários outros propósitos) falavam repetidamente de seus temores de que suas salas de reuniões seriam alocadas para uso diferente por futuros coordenadores. Os presidentes das três UBSs que tinham uma sala dedicada às reuniões do conselho de saúde relataram detalhadamente como eles ou um presidente anterior haviam se esforçado para obter dinheiro para construir um prédio independente que pudesse ser usado para reuniões do conselho e outros assuntos relacionados às reuniões. Ao falar sobre a importância desse espaço, um presidente comentou: “Se não tivermos um espaço dedicado para reuniões, é muito menos provável que ocorram conversas extensas” (Presidente 1).

Mas recursos ainda mais comuns, como fundos de transporte para os usuários para participar de reuniões, computadores, impressoras e até mesmo canetas e papel, eram frequentemente discutidos como falta aos presidentes dos conselhos de saúde e, assim, minando o potencial dos conselhos. “Como eles esperam que façamos anotações, quando eles não nos fornecem papel”, outro presidente antes do início de uma reunião (Presidente 5). Também observei que a maioria das reuniões do conselho de saúde começava com uma luta para que o ar-condicionado funcionasse nas salas quase sempre pequenas e quentes em que as reuniões aconteciam.

A intensidade do debate sobre a infraestrutura do conselho local e o grau em que os presidentes e usuários perceberam,

enfocaram e tentaram melhorar as condições materiais nas quais realizaram seu trabalho, o que pode parecer um problema trivial para os membros do conselho de saúde gastarem seu tempo. Como um usuário comentou em exasperação após uma discussão prolongada sobre o reembolso dos custos de transporte, “precisamos seguir em frente, o SUS está quebrado e as pessoas estão morrendo!”. E, de fato, são inovações políticas, como as discutidas na seção anterior, e não reclamações sobre infraestrutura ou discussões sobre protocolos de reuniões, que tendem a ser vistas por estudiosos e ativistas como a medida-chave do sucesso dos conselhos de saúde. Mas, vários estudiosos tiveram o cuidado de chamar nossa atenção para outros sinais de democracia participativa, que eu acho que merecem consideração aqui.

Cornwall (2008), por exemplo, descrevendo o estilo de deliberação em um conselho municipal em Pernambuco argumenta que “A promulgação da democracia no conselho consiste tanto em discussões sobre leis, regras e procedimentos quanto deliberações substantivas sobre políticas de saúde, que são mais raramente a fonte de controvérsia ou mesmo debate. Isso precisa ser entendido não apenas como uma discussão sobre as regras, mas redefinir as próprias fronteiras do procedimento e do político” (p. 527).

Em um sentido similar, acho que a intensa preocupação com as circunstâncias materiais do conselho demonstra um reconhecimento por parte dos presidentes de conselho e usuários de que nos conselhos estão sendo oferecidos algo novo, uma oportunidade de influenciar decisões políticas que os governos autoritários de anos passados feitos a portas fechadas. O que é re-enquadrado como “político” neste caso são as condições materiais nas quais as reuniões são realizadas. Ao defender uma sala reservada para reuniões, para a presença de ar-condicionado, até mesmo

para canetas e papéis, os membros do conselho redefinem a política como algo que deve ser feito de acordo com a política e o procedimento, e não da maneira orgânica e imprevisível como o ativismo procedeu nos anos 70 e 80. Embora talvez não tão significativa quanto às conquistas políticas concretas discutidas na seção anterior, a articulação de demandas por itens aparentemente mundanos, como o ar-condicionado, pode fortalecer, em vez de ameaçar, o potencial democrático dos conselhos de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O período considerado neste artigo, 2015-2017, foi politicamente tumultuado. Dilma Rouseff ocupou o cargo de presidente até agosto de 2016, e foi então substituído por Michel Temer, cuja ascendência causou grande repugnância e hostilidade entre os residentes da Regional A. Os presidentes dos conselhos de saúde expressaram seu extremo distanciamento pela política nacional e sua simultânea preocupação de que o financiamento da assistência médica sofresse pressões crescentes e que seus orçamentos já apertados precisariam se estender ainda mais. E, no entanto, ao longo do período de três anos traçado por este estudo, o que ficou cada vez mais claro foi que os conselhos locais de saúde na Regional A não eram apenas estáveis, mas até relativamente vibrantes; exibindo episódios de debates políticos animados e exemplos de inovação política. Para revisar, seis das sete UBSs que pesquisei estavam servindo ativamente os usuários, com uma gama de serviços e comodidades modernas, como registros médicos eletrônicos. Nos seis casos, a UBS convocou um conselho de saúde que se reunia regularmente e era representado por um presidente da comunidade local.

Embora minhas entrevistas e observações de CLSs confirmem algumas das descobertas de estudiosos anteriores que encontraram orçamentos operacionais e de treinamento insuficientes nos conselhos locais de saúde e representação inadequada de usuários, também descobri vários exemplos de conselhos municipais de saúde, gerando ideias políticas como, no caso de colocar farmácias em terminais de ônibus locais, eventualmente implementadas por líderes municipais. Os densos elos que minhas entrevistas revelaram entre os conselhos e a rede histórica de Associações Voluntárias na região ressaltam o papel que os conselhos de saúde assumiram ao proporcionar novas formas de mobilização de ações políticas para os moradores de comunidades periféricas, cujo sucesso é evidenciado nas realizações específicas documentadas neste estudo.

Pouco antes de sair de Fortaleza na minha viagem final de pesquisa, falei com a mulher que era então presidente do conselho estadual de saúde no Ceará. Perguntei-lhe o que ela previa como o maior desafio para os CLSs nos próximos anos. Ela respondeu: “Na verdade, se você quer saber a verdade, acho que estamos em um momento crítico para os conselhos em Fortaleza e no Brasil em geral. Há uma espécie de nojo agora para o governo e para as pessoas com qualquer tipo de poder. Em 2015, os jovens finalmente começaram a revidar, indo a protestos, e vimos mais deles se juntarem a esses conselhos participativos, como conselhos de saúde locais em toda a cidade. Isso é tão importante, porque a única maneira pela qual as pessoas podem realmente voltar a participar do governo, é que elas descubram conhecimentos que melhorem sua saúde e que lhes permitam progredir. É para isso que servem esses conselhos locais, para lembrar às pessoas que o governo são elas”.

REFERÊNCIAS

ALEXANDER, J. **The Civil Sphere**. Oxford University Press: Oxford, 2006.

BAIOCCHI, G.; HELLER, P.; SILVA, M. K. **Bootstrapping Democracy: Transforming Local Governance and Civil Society in Brazil**. Stanford University Press: Stanford, 2011.

BOURDIEU, P. **Distinction: a Social Critique of the judgment of taste**. Harvard University Press: Cambridge, 1984.

BRASIL, F. G.; CAPELLA, A. C. N. Decentralization, Participation and Power. Ambiguity on the Policy Design of the Local Health Councils in Brazil. **Delaware Review of Latin American Studies**, v. 17, n. 3, 2016.

CARVALHO, A. Os Conselhos de Saúde, Participação Social e Reforma do Estado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 3, n. 1, 1998.

COELHO, V. S. Brazil's Health Councils: The Challenge of Building Participatory Political Institutions. **IDS Bulletin**, v. 35, n. 2, p. 32-39, 2004.

COELHO, V. S. A Brief Reflection on the Brazilian Participatory Experience. **Journal of Public Deliberation**, v. 10, n. 1, art. 18, 2014.

COELHO, V. S. What did we learn about citizen involvement in the healthy policy process: lessons from Brazil. **Journal of Public Deliberation**, v. 9, n. 1, art. 9, 2013.

CORNWALL, A. Deliberating Democracy: Scenes from a Brazilian Municipal Health Council. **Politics & Society**, v. 36, n. 4, p. 508-531, 2008.

DURÁN, P. R. F.; GERSCHMAN, S. Desafios da participação social nos conselhos de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 3, p. 884-896, 2014.

ELIAS, P. E., COHN, A. Health Reform in Brazil: Lessons to Consider. **American Journal of Public Health**, v. 93, n. 1, p. 44-47, 2003.

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

GONÇALVES DA COSTA, M. *et. al.* **Historiando o Pirambu**. Centro Popular de Pesquisa Documentação e Comunicação – CPDOC: Fortaleza, 1995.

GRAMSCI, A. **Selections from the Prison Notebooks**. International Publishers, 1971.

HAYES, L. **Participation and Associational Activity in Brazil**: The Case of São Paulo Health Councils. Master's dissertation. Institute of Development Studies, University of Sussex, 2004.

HABERMAS, J. **Between facts and norms**: contributions to a discourse theory of law and democracy. MIT Press: Cambridge, 1996.

JEROME, J. **A Right to Health**: medicine, marginality and health care reform in Northeastern Brazil. University of Texas Press: Austin, 2015.

MADEIRA, V. Terminal de ônibus terá Central de Medicamentos. **Diário do Nordeste**, 15 ago. 2017. Disponível em: <http://diariodonordeste.verdesmares.com.br/cadernos/cidade/terminal-de-onibus-tera-central-de-medicamentos-1.1804691>. Acesso em: 15/08/2017

MARTINS, A. X.; SANTOS, S. M. R. O exercício do controle social no Sistema Único de Saúde: a ótica do enfermeiro como membro do conselho local de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, supl. 1, 2012.

MARTIZEZ, M. G.; KOHLER, J. C. Civil Society participation in the health system: the case of Brazil's Health Councils. **Globalization and Health**, v. 12, p. 64.

MIWA, M. J.; SERAPION M.; VENTURA, C. A. A. A presença invisível dos conselhos locais de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 2, p. 411-423, 2017.

MOREIRA, M. R.; ESCOREL, S. Municipal Health Councils of Brazil: a debate on the democratization of health in the twenty years of UHS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 795-805, 2009.

OLIVEIRA, V. Communication, information and popular participation in Health Councils. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 2, p. 56-59, 2004.

RODRIGUES DOS SANTOS, N. Implantação e funcionamento dos Conselhos de Saúde no Brasil. In: CARVALHO, M.; TEIXEIRA, A. C. C. **Conselhos Gestores de Políticas Públicas**. São Paulo: Polis, 2000.

SHIMIZU, H. E.; MELO DE MOURA, L. The social representation of social control in health: the advances and effect of institutionalized social participation. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 1180-1192, 2015.

CAPÍTULO 3

POBREZA E DESIGUALDADE SOCIAL NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REFLEXÕES COM SUPORTE NA PRODUÇÃO CIENTÍFICA

Delane Felinto Pitombeira

Lucia Conde de Oliveira

INTRODUÇÃO

A complexidade de um país continental como o Brasil é aspecto reafirmado por diversos estudiosos. Sua complexidade tem a ver com o paradoxo entre os processos de crescimento socioeconômico e as profundas desigualdades sociais, de origem estrutural, ainda presentes no contexto brasileiro.

Não há como negar as mudanças que o Brasil tem passado nos últimos 20 anos. Os dados do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM)² constataam uma melhoria no índice do país de ‘Muito Baixo’ (0,493 em 1991) para ‘Alto’ Desenvolvimento Humano (0,727 em 2010), indicando a relevância desse processo.

No entanto, ainda se convive no país com grandes disparidades, especialmente no que diz respeito à realidade das metrópoles e regiões metropolitanas. No Brasil, o índice de Gini³, que

2 O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal compreende os indicadores de longevidade, educação e renda. O índice varia de 0 a 1. Quanto mais próximo de 1, maior o desenvolvimento humano. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/destaques/idhmBrasil/>

3 O índice de Gini mede a desigualdade de renda em um país, e, quanto mais próximo de 0 e mais distante de 1, reflete menor desigualdade. Dados disponíveis em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2014-09/indice-que-mede-desigualdade-de-renda-fica-estavel-aponta-ibge>

mede a desigualdade social de um país, embora tenha demonstrado pequena evolução nos últimos anos, chegou em 2013, ao patamar de 0,5, representando o longo processo que o país ainda precisa caminhar, fator resultante da disparidade entre a renda de ricos e pobres no país.

Assim, embora se identifique um crescimento econômico, por outro lado se observa a permanência do quadro de desigualdade social presente na sociedade, repercutindo sobremaneira na condição de vida das pessoas, e mais especificamente na sua saúde. Diante dessa realidade, a importância da implementação de políticas sociais é fator premente para o desenvolvimento.

Com a democratização do país e a aprovação da Constituição Cidadã em 1988, as políticas sociais têm sido pauta de grande debate na sociedade brasileira, no que se refere a aspectos relacionados à universalização ou à focalização de direitos, ao acesso e qualidade de serviços, bem como à participação social. Voltando-se mais especificamente ao SUS como política social ancorada na universalidade, integralidade e equidade, percebe-se que, desde sua elaboração, o sistema de saúde brasileiro instiga uma série de desafios na oferta de ações e serviços de promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, assistência e reabilitação. Para o alcance desses objetivos, uma importante estratégia é a organização de uma atenção primária de qualidade e resolutiva.

Alguns passos vêm sendo dados nessa direção desde a implementação do Programa Saúde da Família, em 1994. Contudo, somente em 2006 se configura a Política Nacional da Atenção Básica – PNAB (BRASIL, 2006) expondo como princípios gerais as ações em saúde, nas esferas individual e coletiva, abrangendo a prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, e elencando a Estratégia Saúde da Família (ESF) como disparadora de um novo modelo de atenção. Segun-

do a PNAB, as ações são desenvolvidas num território delimitado em que a equipe se apresenta como responsável sanitária, sendo a participação da população fator primordial na construção da corresponsabilização da produção de saúde local. Destaca-se, ainda, a integração de equipes NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), cuja meta é apoiar as equipes da ESF, se corresponsabilizando pelo cuidado dentro do território (BRASIL, 2008).

Com a expansão da APS, um novo desafio se estabelece: organização de um sistema integrado no modelo organizativo baseado nas Redes de Atenção à Saúde - RAS (BRASIL, 2010; MENDES, 2011). Nesse novo ordenamento, faz-se importante mencionar a definição de porta de entrada prioritária que a APS ocupa na rede assistencial, reconhecendo uma maior complexidade desta, frente a outros níveis de atenção, pois nesse nível, espera-se desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção que contribuam para as mudanças comportamentais e de estilos de vida, com suporte na clínica ampliada e nas ações de educação em saúde. Daí se afirmar que a APS representa um nível de alta complexidade, com aporte de tecnologias leves (MERHY, 2014).

É no cenário da APS que as equipes de saúde se deparam com a realidade da população pobre. Diante disso, pode-se considerar que os estudos sobre os determinantes sociais (DSS) têm contribuído para reiterar a concepção ampliada de saúde, uma vez que a condição da pobreza constitui-se como elemento dos DSS, sendo aspecto importante na compreensão da experiência dos usuários da atenção primária.

As determinações sociais evidenciam a concepção de saúde para além da ausência de doença, levando em consideração os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico/raciais, psicológicos e comportamentais que interferem na condição de vida das pessoas, e nos fatores de risco à saúde da população (BUSS;

PELLEGRINI FILHO, 2007), trazendo novamente à tona a concepção já existente na Lei Orgânica 8080/90.

A institucionalização da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais (CNDSS), em 2006, foi um passo importante na reiteração da necessidade do enfrentamento das iniquidades em saúde no Brasil. Porém, mesmo com esses esforços, percebe-se o embate existente entre uma saúde pública ampla ancorada no paradigma político e ideológico da saúde coletiva, e outra mais “estreita”, com foco no enfrentamento da doença. No cerne desse debate, contudo, encontra-se a consideração ou não dos determinantes sociais como fator de influência da condição de saúde da população e, conseqüentemente, do tipo de atenção de saúde a esta dispensada.

Vale destacar que os estudos atuais dos DSS afastam-se de uma concepção determinista, buscando compreender as relações existentes entre “a maneira como se organiza e se desenvolve uma determinada sociedade e a situação da saúde da população” (BUSS; PELLEGRINI, 2007, p. 80), alinhados aos estudos sobre as iniquidades sociais em saúde, que se referem às “desigualdades de saúde entre grupos populacionais que, além de sistemáticas e relevantes, são também evitáveis, injustas e desnecessárias”.

Carvalho e Buss (2012) mencionam os desafios que representam a definição de modelos explicativos que relacionem a forma como se organiza e se desenvolve uma sociedade e a situação da saúde de sua população, necessitando identificar os processos de mediação que incidem sobre essa relação. E afirmam os paradoxos da realidade brasileira, pois ao mesmo tempo em que grande parcela da população encontra-se sem acesso a condições mínimas de bens e serviços, apresenta profundas iniquidades provenientes da distribuição de riqueza.

Nessa perspectiva, a saúde coletiva, a partir do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, tem dado forte contribuição à construção de saberes e práticas inovadoras, na medida em que, ao incorporar os conteúdos das ciências humanas e sociais em sua construção, consideram os processos saúde-doença-cuidado a partir da sua produção social e da inclusão dos determinantes sociais como elementos fundamentais para a sua compreensão. Assim, o estudo da pobreza e da desigualdade social precisa ser contemplado no cenário de saúde brasileiro, buscando-se pôr em prática os princípios de universalidade, integralidade e equidade do Sistema Único de Saúde.

Pobreza e desigualdades sociais no contexto brasileiro

Em consonância com a perspectiva dos DSS, a noção de pobreza é aqui compreendida a partir de um referencial multidimensional, ampliando sua compreensão para além da perspectiva monetária.

Rocha (2006, p. 09) define a pobreza como “um fenômeno complexo, podendo ser definido de forma genérica como a situação na qual as necessidades não são atendidas de forma adequada”. Porém, há que se considerar que o atendimento a essas necessidades, deve ser situada a partir de determinado contexto socioeconômico. Cada país leva em conta suas especificidades, sendo importante “identificar os traços essenciais da pobreza em determinada sociedade” (ROCHA, 2006, p. 10). Assim, para a adoção de políticas de enfrentamento dessa realidade, necessário se faz conhecer as características básicas desse fenômeno dentro de determinado contexto.

Os estudos sobre a pobreza a partir das necessidades básicas, ao contrário do parâmetro unicamente de renda (linha de pobreza), amplia a compreensão acerca do fenômeno, incorporando outras necessidades humanas como habitação, educação, saneamento, saúde etc, levando em consideração a qualidade de vida da população, e não apenas seus aspectos instrumentais. Deve-se atentar, no entanto, para a definição do que se considera ‘necessidade básica’ em cada país, a exemplo das diferenças entre zona rural e urbana, ou ainda às diferenças dentro de uma mesma cidade tendo em vista diferentes níveis de urbanização.

Por uma ótica também multidimensional acerca da pobreza, Sen (2010) afirma que no mundo atual, a despeito do desenvolvimento tecnológico, comunicacional, no campo político de direitos, na extensão da expectativa de vida, a população de países ricos e pobres ainda passa por situações de privação antigas, como a pobreza e a fome, e novas como ameaças à questão ambiental, negligência quanto ao papel das mulheres, e sustentabilidade à vida econômica e social. Para o autor, a liberdade é condição do desenvolvimento; a eliminação das privações que limitam as escolhas e oportunidades das pessoas é considerada fundamental para o desenvolvimento.

Segundo essa interpretação, a pobreza passa a ser considerada, a partir do referencial da privação das capacidades, tirando a atenção principal dos ‘meios’, que normalmente refere-se à renda, voltando-se para os ‘fins’ que as pessoas buscam, mediante as liberdades para alcançá-los. As capacidades individuais estão entrelaçadas com as disposições sociais, reforçando o que o autor denomina de “desenvolvimento como liberdade”.

É necessário, contudo, refletir como a pobreza se apresenta dentro da realidade brasileira. Silva (2010) atenta para o fato de que as desigualdades sociais profundas constitutivas desse cená-

rio agudizam a situação da pobreza, necessitando uma articulação entre as políticas sociais com políticas macroeconômicas que evoquem a sustentabilidade do crescimento econômico, a geração de emprego, elevação e redistribuição de renda do trabalhador.

Outro conceito importante neste estudo refere-se à exclusão social, tal qual se concebe na atualidade. Embora as noções de pobreza e exclusão não possam simplesmente ser consideradas sinônimas, Wanderley (2001, p. 22) afirma que, “toda situação de pobreza leva a formas de ruptura do vínculo social e representa, na maioria das vezes, um acúmulo de déficit e precariedades. No entanto, a pobreza não significa necessariamente exclusão, ainda que possa a ela conduzir”.

Vale mencionar, ainda, que Castel (2000) é um crítico da expressão exclusão social. Para ele, a expressão sugere imprecisão e generalização de processos diferenciados, dificultando um conhecimento a fundo de realidades específicas. Para o autor esta concepção remete à ideia de permanência, de estado dado, não propiciando, ele mesmo, uma reflexão acerca das suas causas estruturais, tratando apenas das consequências de um processo que se originou e estruturou no campo histórico e social.

É nesse sentido que Castel (2000) prefere, em vez de exclusão social, falar de “fatores de exclusão”, que podem levar os indivíduos a uma “desafiliação”, os quais, segundo ele, indicam a existência de rupturas com estados de equilíbrios anteriores. A proposta do autor é, assim, a de compreender os percursos e processos que podem levar os sujeitos à desafiliação, efetuando o seguinte questionamento: “Desafiliado, dissociado, invalidado, desqualificado em relação a quê? É precisamente todo o problema” (CASTEL, 2003, p. 26).

Assim, a relação entre desigualdade, pobreza e exclusão situa-se no contexto da realidade brasileira, fazendo parte da his-

tória e da forma em que foram construídas (e estabelecidas) as relações sociais no país, realidade presente na população atendida nas unidades de saúde da APS.

Diante dessas conceituações, este artigo tem por objetivo refletir sobre a pobreza e a desigualdade social no contexto da atenção primária à saúde, tomando como referência a revisão da produção científica brasileira.

PERCURSO METODOLÓGICO

Esta pesquisa teve como percurso metodológico uma abordagem aproximada da revisão integrativa. Segundo Souza, Silva e Carvalho (2010) esse método proporciona a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática. O modelo abrange os seguintes passos: 1. Elaboração da pergunta norteadora; 2. Busca na literatura; 3. Coleta de dados; 4. Análise crítica dos estudos incluídos; 5. Discussão dos resultados; 6. Apresentação da Revisão Integrativa.

A investigação foi realizada a partir da seguinte pergunta norteadora: a produção científica disponível sobre atenção primária em saúde aborda as categorias pobreza e desigualdades sociais? Como essa articulação é apresentada?

Partindo desses questionamentos, procedeu-se a uma pesquisa a partir das bases de dados existentes nos Periódicos Capes, a partir da relação entre o descritor “Atenção Primária à Saúde” e os descritores “Pobreza”, “Iniquidade Social” e “Determinantes Sociais da Saúde”. Tendo em vista uma maior abrangência na pesquisa, foi inserida também a palavra-chave “Desigualdade Social”.

Foram utilizados como critérios de inclusão para filtrar as pesquisas: textos completos; produções em idioma português; pesquisas específicas do Brasil; documentos em formato de artigo; artigos relacionados aos referidos descritores. E elencou-se como critérios de exclusão: documentos que não traziam a discussão sobre APS e as categorias de análise; documentos que estavam repetidos; documentos em outro idioma; produções disponíveis apenas por meio de pagamento e resumos sem os textos completos. Foram definidos como período da pesquisa, os estudos publicados nos últimos cinco anos (período entre janeiro de 2012 e fevereiro de 2017).

Ao todo, foram encontrados 187 artigos, sendo que após a leitura dos resumos, de acordo com os critérios citados, ficaram para análise final 12 artigos. A pesquisa foi realizada entre os meses de fevereiro e março de 2017.

Após a análise dos artigos, foram identificadas para exposição dos resultados três categorias empíricas: Desigualdades Sociais e Acesso à Saúde; Desigualdades Sociais e Cuidados em Saúde; Intersetorialidade e Educação em Saúde como estratégias no enfrentamento às Desigualdades Sociais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Antes de serem apresentadas as discussões das categorias empíricas, vale ressaltar que apesar do grande número de artigos indicados na pesquisa bibliográfica, pode-se perceber certa escassez na discussão dessa temática nos últimos cinco anos. Nos 187 (cento e oitenta e sete) artigos apresentados na base de dados pesquisada, nenhum deles apresentou o termo “pobreza” em seu título. Mesmo os termos “desigualdade” e “iniquidade” tiveram

pouca menção no título dos artigos, ficando mais presentes no resumo. E mesmo nesses casos, observou-se pouca referência aos descritores/palavras-chave.

Partindo dessas considerações, procedeu-se à análise do material, conforme apresentado em seguida.

Desigualdades Sociais e Acesso à Saúde

O acesso à saúde foi uma das categorias que se sobressaíram nos estudos que relacionaram a APS à pobreza e às desigualdades em saúde.

Assis e Jesus (2012), a partir de uma revisão teórica, trouxeram uma discussão sobre o acesso aos serviços de saúde no que diz respeito aos princípios e às diretrizes do SUS, buscando chamar a atenção para a relação entre o acesso e as condições de vida da população, a exemplo da nutrição, habitação, poder aquisitivo e educação, entendendo que a acessibilidade aos serviços extrapola a dimensão geográfica. Compreende-se que a realidade de desigualdade e exclusão presentes na sociedade brasileira está presente no SUS. E atentam os autores que, embora constitua passo importante, a existência de leis não garante a efetivação do sistema. O acesso à saúde perpassa, portanto, às dimensões políticas, econômico-social, técnica, organizativa e simbólica, contemplando as necessidades da população em direção a “uma atenção responsável, integral, resolutiva, equânime e de qualidade” (p. 2873).

Sanchez e Ciconelli (2012), ao abordarem o conceito de acesso à saúde em revisão de literatura, apontam que o acesso, para além da utilização dos serviços de saúde, remete à dimensão da justiça social, considerando a distribuição de renda como necessária ao enfrentamento da desigualdade em saúde. A natureza

e a extensão das barreiras ao acesso são consideradas elementos importantes nesse processo. Além das características dos serviços na oferta dos serviços, deve-se levar em consideração, também, a determinação do paciente em buscar o cuidado, enfatizando a relevância da relação profissional-paciente nesse processo.

Corroborando com a investigação de Assis e Jesus (2012) que apontaram diferenças de acesso aos serviços de saúde em pacientes de camadas mais baixas, Sanchez e Ciconelli (2012) identificaram que esses pacientes, muitas vezes, podem apresentar menos habilidade na comunicação com o profissional de saúde. Fatores como diferenças étnico-raciais e gênero também podem comprometer o acesso à saúde, incluindo que dificuldades em reconhecer a diversidade cultural nos processos de cuidado, bem como podem comprometer o acesso e a equidade em saúde (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

Assis e Jesus (2012) salientaram, no entanto, que dentro da concepção da equidade em saúde, podem-se identificar a existência de estudos que abordam as necessidades de grupos específicos dentro da APS, tais como os relacionados às pessoas com Doenças Sexualmente Transmissíveis, infecção por vírus HIV/AIDS e Hanseníase; algumas patologias crônicas, como a Diabetes Mellitus e a Hipertensão Arterial Sistêmica; atenção aos idosos; tuberculose; população penitenciária; questões relacionadas a gênero; pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida. E afirmam que a inclusão de grupos específicos é uma realidade a ser incorporada dentro do sistema de saúde, uma vez que tem havido maior visibilidade das suas demandas.

Viegas e Penna (2013) também apresentaram importante contribuição ao debate acerca das desigualdades sociais e acesso à saúde, a partir das práticas de integralidade dentro de uma regional de saúde de Minas Gerais. Para os autores, há necessidade

de uma maior reflexão acerca da garantia das necessidades dos usuários, uma vez que a universalidade e a integralidade do acesso “implica também em que as demandas sejam respondidas nos demais níveis de complexidade. A referência deve ser correspondida com a contrarreferência para que o usuário não se perca pelo caminho e sim faça um trajeto na rede de cuidados com respostas integrais e equânimes” (p. 188).

Desigualdades Sociais e Cuidados em Saúde

A dimensão do cuidado igualmente foi identificada como importante aspecto na discussão das desigualdades em saúde, especialmente em estudos que apresentam resultados de pesquisas empíricas.

Taddeo *et al.* (2012) abordaram o empoderamento como fundamento para o autocuidado em doenças crônicas, aspecto importante na perspectiva da promoção da saúde, evidenciando a importância da relação entre profissionais e usuários na consideração das desigualdades sociais e determinantes sociais no contexto de cuidado na atenção primária. As condições de saúde, educação, habitação, renda, transporte são aspectos que precisam estar contemplados no enfrentamento das vulnerabilidades e na dimensão do cuidado. Ao tomarem o eixo da promoção da saúde como referência, os autores enfatizaram o empoderamento e a necessidade de maior capacitação dos sujeitos e comunidades no enfrentamento dos aspectos pessoais, socioeconômicos e ambientais que afetam a saúde. Nesse sentido, apostam na relação dialogada e contextualizada entre paciente, profissional e comunidades para reorganização das práticas de assistência e promoção da saúde. A educação em saúde constitui, assim, elemento

potencializador do autocuidado na saúde da família, defendendo a integração entre “ações integradas de “educação em saúde” com o dia a dia da clínica” (TADDEO *et al.*, 2012, p. 2927). As práticas de empoderamento são aqui consideradas como “tecnologia educacional inovadora”, considerando os usuários como cidadãos e protagonistas desse processo.

Sanchez e Ciconelli (2012) também abordaram a relação profissional-paciente como importante elemento no acesso à saúde, especialmente no sentido do diálogo (ou falta dele) na relação estabelecida. E enfatizaram que a comunicação entre profissionais e pacientes de camadas mais baixas pode comprometer a confiança imprescindível nessa relação, afetando, por exemplo, a disponibilidade do paciente em relatar mais detalhadamente seu estado, dificuldades de adesão ao tratamento, menor busca pelos serviços, entre outros aspectos.

Dois estudos sobre a saúde bucal apresentaram importantes contribuições na reflexão entre as desigualdades sociais e os cuidados em saúde. Mesmo reconhecendo que a saúde bucal no Brasil só tem sido objeto de política pública muito recentemente, ambos estudos levantaram elementos relevantes para discussão.

Costa *et al.* (2013) em pesquisa documental realizada sobre a existência e o grau de ‘vulneração’⁴ da população brasileira, frente à cárie dentária, trazem de forma clara a relação entre desigualdades sociais e o acometimento por cárie. Além de identificarem a desigualdade presente na incidência da doença, os autores evidenciaram a desigualdade no acesso aos serviços de saúde e na perda dentária como mutilação, discutindo as repercussões desses fatores nos cuidados da população brasileira.

4 Tomando como referencial de análise a Bioética da Proteção, os autores afirmam a distinção entre os termos vulnerabilidade e vulneração da seguinte forma: “o primeiro seria uma característica universal e genérica de qualquer ser humano, já a vulneração se aplica aos casos específicos de seres humanos que independentemente de suas vontades não possuem meios ou capacidades para enfrentamento das contingências adversas” (COSTA *et al.*, 2013, p. 462).

Nessa mesma linha, Fonseca *et al.*, (2015) apresentaram uma interessante pesquisa acerca do valor social dos dentes e o acesso aos serviços de saúde, afirmando que a perda total dos dentes constitui um marcador social de desigualdades no país. Além da dimensão biológica e estética, os autores apontaram a necessidade de incluir a dimensão simbólica como pertencente à saúde coletiva bucal, especialmente no tocante às desvantagens nos processos de interação social apontadas pelas entrevistadas em virtude da aparência da sua boca. Os autores refletiram que o acesso aos serviços de saúde bucal deve levar em consideração não apenas a existência dos serviços, do mesmo modo como o indivíduo o experimenta, ou seja, a sua experiência. Nos relatos das entrevistadas, percebe-se que a condição de pobreza foi fundante na história da sua saúde bucal, referindo-se a eles como algo negativo. Para além de se pensar num ponto de vista de culpabilização (individual) dessas mulheres, os autores evidenciaram a não existência de acesso a esses serviços (públicos) quando crianças ou adolescentes, tal como uma não consciência ou valor dos dentes para as suas famílias, resultado das dificuldades em ter acesso aos serviços.

A exclusão com relação aos serviços de saúde bucal revela, portanto, as desigualdades no acesso a eles de acordo com a classe social. E afirmam Fonseca *et al.*, (2015) que, atualmente, mesmo com as políticas implementadas, a dificuldade de acesso persiste, principalmente, no tocante aos serviços especializados.

Outro estudo abordou a temática da iniquidade em saúde, a partir de sua relação com a tuberculose. Segundo Yamamura *et al.* (2014), nos estudos em saúde pública, sabe-se que as populações com iniquidade no acesso e uso dos serviços de saúde sofrem mais com a tuberculose. Os autores buscaram verificar a relação entre acesso aos serviços e à incidência da tuberculose, uma vez

que se considera que, nem sempre, os tratamentos alcançam as pessoas com mais necessidade. Mesmo em territórios com ESF, nem sempre é possível observar ações quanto às necessidades desse grupo. Um dos pontos levantados pelos autores refere-se à fragilidade de comunicação entre os serviços quanto à discussão dos casos, bem como às ideias existentes de que o tratamento seja de responsabilidade dos centros de referência. O abandono ao tratamento também é algo verificado como iniquidade em saúde, identificando fatores socioeconômicos relacionados às condições de vida da população brasileira.

É interessante observar, contudo, as repercussões e percepções dos sujeitos que vivem e/ou atuam em comunidades vulneráveis. Em pesquisa realizada com usuários, lideranças comunitárias e profissionais de saúde, Marzari *et al.* (2013) abordaram a percepção destes acerca da melhoria das condições de saúde de famílias dentro dessa realidade. Ao considerar as condições sociais, políticas, ambientais e de saúde, os autores puderam perceber as diversas situações de vulnerabilidade que perpassam essa comunidade, mesmo considerando a universalização de políticas sociais direcionadas para o enfrentamento dessas questões. Assim, ao mesmo tempo em que reconhecem a importância das políticas de seguridade social, e mais especificamente de saúde, na redução da pobreza e desigualdades sociais, ainda podem-se observar fragilidades na dimensão da cidadania e da melhoria das condições de vida das famílias em situação de vulnerabilidade, tendo em vista a realidade de pobreza e exclusão presentes na comunidade pesquisada. Vale ressaltar que todos os estudos apontaram a importância de se investir em políticas públicas para redução da iniquidade social.

Intersetorialidade e Educação em Saúde como estratégias no enfrentamento às Desigualdades Sociais

A intersectorialidade constitui uma estratégia fundamental na consideração da perspectiva ampliada de saúde sendo, por isso, referenciada por diversos estudos no enfrentamento às desigualdades sociais.

Sanchez e Ciconelli (2012) lembraram que alguns determinantes de saúde extrapolam as responsabilidades do setor saúde (moradia, condições de trabalho, ambiente seguro, alimentação saudável, acesso ao esporte e estilos de vida), sendo necessárias articulações de políticas intersectoriais no enfrentamento das desigualdades.

Assis e Jesus (2012) também apontaram a intersectorialidade como sendo um dos limites para o acesso aos serviços básicos, ao lado da baixa capacidade de integração entre a rede de APS e a pouca integração entre a APS e outros níveis do setor saúde.

Em revisão de literatura sobre mudanças dos Modelos de Atenção à Saúde e tendo a ESF como referência, Silva *et al.*, (2013), apoiados na concepção de modelos de atenção de Paim, identificaram a ausência de modificação nos modelos de atenção à saúde e dificuldades na implantação da ESF como modelo substitutivo. Para os autores, ações focalizadas e restritivas ainda perpassam a realidade da atenção primária. As fragilidades encontradas na dimensão político-institucional são refletidas na dimensão técnico-assistencial, não sendo encontrados estudos sobre novas tecnologias para APS, ações intersectoriais ou participação popular. Destacam-se os limites da ação da ESF na perspectiva da intersectorialidade, na medida em que estes implicam em fragilidades nas ações de promoção da saúde, o que impacta diretamente no enfrentamento dos determinantes sociais.

As vulnerabilidades da ação intersetorial foram evidenciadas em pesquisa que envolveu o Programa Bolsa Família. Por se constituir política essencialmente intersetorial (assistência, saúde e educação), Silva *et al.* (2013) identificaram diversas fragilidades, especialmente no acompanhamento das condicionalidades da saúde pelos gestores e profissionais da atenção primária. Para além de ações técnico-operacionais, os autores defenderam a necessidade de maior capacitação das equipes e comprometimento dos gestores no acompanhamento dessa política, uma vez que envolve dimensões político-sociais mais amplas, que remetem ao enfrentamento da fome, pobreza e miséria. E complementam: “o processo de inclusão social depende do trabalho coletivo, multiprofissional e intersetorial” (SILVA *et al.*, 2013, p. 2167).

Interessante observar que as fragilidades refletem, em certa medida, as dificuldades de inserção de ações de educação e saúde na APS.

Bornstein *et al.*, 2014 ao problematizarem os desafios e perspectivas da práxis dos Agentes Comunitários da Saúde (ACS), a partir da educação popular, refletem acerca da relação entre as diretrizes do trabalho desse profissional e as ações educativas desenvolvidas por ele. Dentro das atribuições dos ACS na ESF estão as atividades de promoção e prevenção da saúde, além da vigilância, a serem realizadas mediante visitas domiciliares e ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade. Porém, segundo os autores, as ações dos ACS têm sido direcionadas mais à atuação prescritiva e curativa, do que propriamente ao trabalho educativo. A ênfase na lógica produtivista do trabalho e a falta de espaço e tempo são desafios no desenvolvimento de ações em educação. A sobrecarga de trabalho e a dificuldade de romper com o modelo tradicional de atenção à saúde, também são elementos desafiantes em sua atuação. O

trabalho educativo, quando existe, está, muitas vezes, pautado mais na transmissão de conhecimentos e prescrição dos hábitos saudáveis. Nesse sentido, os autores apontaram a necessidade de incluir outros parâmetros na educação em saúde, calcadas nos conhecimentos e práticas da Educação Popular, reconhecendo os saberes das comunidades.

Ao abordarem as fragilidades da ESF em se constituir como modelo substitutivo aos modelos hegemônicos de atenção à saúde, Silva *et al.* (2013) também remetem a participação social e as contradições nas práticas de educação em saúde como parte desse processo. Para os autores, as ações de educação são, frequentemente, pautadas em uma pedagogia tradicional, fortalecem modelos hegemônicos de atenção, em contraposição à promoção da saúde.

Faz-se relevante mencionar o relato de experiência em um dos artigos pesquisados, referente à realização de um grupo com jovens de uma comunidade vulnerável. Reis *et al.* (2012) apresentaram um relato, apontando o território como fundamental no trabalho de ressignificação social e de si. Tomando o conceito de território-processo, realizaram uma pesquisa cartográfica através da construção de fotografias/imagens junto com jovens da comunidade, abordando o reconhecimento do bairro e cidade, mediante a exploração de percursos pelas ruas, seus discursos e seus afetos. A construção de narrativas através de imagens, permitiu recompor significados sobre o mundo, mas também sobre si. A representação da comunidade como violenta e do envolvimento dos jovens da comunidade nesse processo, levaram as autoras a proporem um trabalho com eles, dentro do contexto da residência multiprofissional, abrindo numa outra linguagem perspectivas de trabalhar seus modos de vida e trajetórias dentro da comunidade. As desigualdades sociais estiveram presentes

nessa construção, uma vez que a realidade do território de atuação estava imerso em iniquidades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa apontou que a relação entre pobreza, desigualdade social e atenção primária constitui tema a ser mais aprofundado no âmbito da saúde. A consideração da concepção ampliada de saúde, enfatizando as determinações sociais dos processos saúde-doença-cuidado, dentro do contexto de desigualdade estrutural presente na sociedade brasileira, implica a necessidade de mais estudos que enfatizem e problematizem as repercussões dessa realidade na dimensão dos cuidados em saúde.

Esses aspectos ganham relevância, na medida em que as dimensões sociais e humanas precisam fazer parte dos saberes e práticas em saúde. Com isso, não se está desqualificando os estudos empreendidos, mas, ao contrário disso, sugere-se que eles possam ampliar seu escopo de reflexão e análise, ancorando-se também nas contribuições das ciências sociais e humanas, como defendem a saúde coletiva.

Na pesquisa aqui empreendida, compreende-se a pobreza dentro da realidade de desigualdades sociais presente no país. Em se tratando da área da saúde, os autores apresentados no estudo, relacionaram as desigualdades sociais presentes tanto no acesso, como nos processos de cuidado em saúde.

O acesso, por eles mencionado, refere-se a um sistema complexo, uma vez que engloba além da dimensão geográfica, também a política, organizacional, técnica e simbólica. O acesso perpassa, tal como a noção de integralidade do sistema de saúde, uma vez que necessita de outros níveis de atenção no atendi-

mento às necessidades da população. Nesse sentido, a dimensão do cuidado foi apontada pelos autores, os quais refletiram sobre as dificuldades de efetivação da ESF na mudança do modelo de atenção do SUS. As práticas hegemônicas, seja no que diz respeito ao cuidado, seja no que se refere à educação em saúde, comprometem o lugar da APS como coordenadora do cuidado e dos profissionais como agentes desse processo. A intersetorialidade também é apontada como desafio para que se construam melhores condições de vida e saúde da população, no sentido da promoção da saúde.

Ao mesmo tempo, a realidade da pobreza de grande parte da sociedade brasileira, especialmente no contexto da APS, implica, constantemente, em desigualdades no acesso à saúde. A pouca participação social, o não reconhecimento como sujeito de direitos, as dificuldades de comunicação e as assimetrias presentes na relação profissional e usuário podem representar fragilidades no acesso dessas pessoas aos serviços de saúde.

Por fim, faz-se importante reconhecer, ainda, que o presente trabalho apresenta algumas limitações. Uma delas refere-se aos descritores. Propõe-se a ampliação deles em futuras pesquisas, bem como a abordagem em outras bases de dados, a fim de se obter uma maior circunscrição da temática de estudo elencada dentro da área da saúde coletiva.

Diante disso, considera-se pertinente envidar mais esforços para aprofundamento dessa temática, buscando outras reflexões acerca dos processos sociais que envolvem a dimensão do cuidado e do papel das políticas públicas no enfrentamento das iniquidades em saúde.

REFERÊNCIAS

- ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012.
- BORNSTEIN V. J.; MOREL C. M.; PEREIRA I. D. E.; LOPES; M. R. Desafios e perspectivas da Educação Popular em Saúde na constituição da práxis do Agente Comunitário de Saúde. **Interface**, Botucatu, v. 18, supl. 2, p. 1327-1340, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília, DF. 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: MS, 2010.
- BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.
- CARVALHO, A. I.; BUSS, P. M. Determinantes sociais da saúde, na doença e na intervenção. *In*: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. C. (Orgs.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.
- CASTEL, R. As armadilhas da exclusão. *In*: BÓGUS, L.; YAZBEK, M. C.; WANDERLEY, M. B. (Orgs.). **Desigualdade e a questão social**. São Paulo: EDUC, 2000a. p. 17-50.
- CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social**: uma crônica do salário. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.
- COSTA, S. M.; ABREU, M. H. N. G.; VASCONCELOS, M.; LIMA, R. C. G. S.; VERDI, M.; FERREIRA, E. F. Desigualdades na distribuição da cárie dentária no Brasil: uma abordagem bioética. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 2, p. 461-470, 2013.

FONSECA, L. L. V.; NEHMY, R. M. Q.; MOTA, J. A. C. O valor social dos dentes e o acesso aos serviços odontológicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3129-3138, 2015.

MARZARI, C. K.; BACKES, D. S.; BACKES, M. S.; MARCHIORI, M. T.; SOUZA, M. T.; CARPES, A. D. Realidade sociopolítica, ambiental e de saúde de famílias pertencentes a uma comunidade vulnerável. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 77-84, 2013.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

RAMOS, C. I.; CUERVO, M. R. M. Programa Bolsa Família: a interface entre a atuação profissional e o direito humano a alimentação adequada. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, p. 2159-2168, 2012.

REIS, S.; SANTOS, B. L. M.; MELLO, E. D.; WILHELMS, D. M. Cartografando territórios: oficinas de fotografia *pinhole* como dispositivo de ação em saúde. **Interface**, v. 16, n. 42, p. 855-62, jul./set, 2012.

ROCHA, S. **Pobreza no Brasil: afinal de que se trata?** 3. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2006.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Rev. Panam. Salud Publica**. v. 31, n. 3, p. 260-8, 2012.

SEN, A. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

SILVA, L. A.; CASOTTI, C. A.; CHAVES, S. C. L. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 221-232, 2013.

SILVA, M. O. S. Pobreza, desigualdade e políticas públicas: caracterizando e problematizando a realidade brasileira. **Rev. Katál**, Florianópolis, v. 13, n. 2, p. 155-163, jul./dez. 2010.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**. v. 8, n. 1, pt. 1, p. 102-6, 2010.

TADDEO, P. S.; GOMES, K. W. L.; CAPRARA, A.; GOMES, A. M. A.; OLIVEIRA, G. C.; MOREIRA, T. M. M. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2923-2930, 2012.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 181-190, 2013.

WANDERLEY, M. B. Refletindo sobre a noção de exclusão. *In*: SAWAIA, B. (Org.). **As artimanhas da exclusão**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2001. p. 16-26.

YAMAMURA, M.; SANTOS NETO, M.; FREITAS, I. M.; RODRIGUES, L. B. B.; POPOLIN, M. P.; UCHOA, A. S. C. *et al.* Tuberculose e iniquidade social em saúde: uma análise ecológica utilizando técnicas estatísticas multivariadas. São Paulo, **Rev. Panam. Salud Publica**. v. 35, n. 4, p. 270-7, 2014.

CAPÍTULO 4

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER: PERCEPÇÕES DAS AGREDIDAS

Isabella Mesquita Uchoa

Alisson Salatiek Ferreira Freitas

Ana Valeska Perdigão Barros

Fernanda Flania Soares Maia

Isadora Araújo Rodrigues

Antonio Rodrigues Ferreira Júnior

INTRODUÇÃO

Em todas as etapas do desenvolvimento da humanidade, os direitos humanos constituíram-se em necessidades fundamentais para a dignidade do homem. A mulher, no entanto, significava um acessório, podendo a qualquer tempo ser usada e explorada em sua mais íntima dignidade, tendo ininterruptamente enfrentado muitas dificuldades, tanto no plano doméstico quanto no profissional (MORAIS; RODRIGUES, 2016).

Historicamente, em nossa sociedade brasileira, as mulheres, em sua formação cultural, são “amputadas” do exercício do poder e do uso da razão. Elas são educadas, influenciadas e induzidas, inicialmente na família, e, posteriormente, na vida escolar e nas relações sociais, a se enquadrarem no modelo de comportamento feminino exigido pela sociedade, ou seja, um comportamento mais dócil, delicado, com papéis secundários e submissos (ABREU; ALMEIDA, 2015).

A luta contra a violência dirigida à mulher deve ser travada com o mesmo peso dedicado às questões relativas à luta pelo direito à cidadania nos âmbitos jurídico, educacional, sexual e econômico. Ao mesmo tempo, uma atenção precisa ser dirigida à forma de educar as crianças desde pequenas para que não sejam formadas de modo a reproduzir o modelo de opressão à mulher (CARVALHO, 2017).

Para Jesus (2015), essa violência não atinge somente uma classe social, geração, nível econômico ou educacional, raça ou etnia. Ela pode se dar de diversas formas, e pode ser praticada por conhecidos ou familiares (em sua maioria com algum envolvimento afetivo com a “vítima”) e até mesmo por Instituições. Essa afirmação revela a importância de medidas interventivas, como do advento da Lei nº 11.340\2006 (Lei Maria da Penha) e a criação de políticas públicas e sociais que tenham sua construção e atuação baseadas no gênero.

Nesse contexto, a implantação de casas-abrigo é uma política pública de âmbito nacional que vem sendo estimulada pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres -SPM, estando prevista em diversos documentos oficiais, tais como Política Nacional de Enfrentamento à Violência e o Plano Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher. Além disso, a Lei 11.340\06, conhecida como Lei Maria da Penha, também prevê a criação desses equipamentos no texto da lei, art.35, II. (PASINATO, 2015)

O objetivo da casa-abrigo é garantir a integridade física e psicológica das mulheres em situação de risco de vida e de seus(-suas) filhos(as) menores de idade, contribuindo para o rompimento do ciclo da violência, o fortalecimento de sua autoestima e o exercício de sua cidadania (KRENKEL; MORÉ, 2017).

Quanto à escolha da temática, compreendemos, assim como Spíndola e Santos (2003), que a escolha de um tema para

a pesquisa não surge de forma aleatória, mas é decorrente das experiências vividas pelo pesquisador, em sua inserção na sociedade, além da posição deste e seus pensamentos.

Partindo desse pressuposto, o interesse da pesquisadora pelo tema emergiu da sua experiência de trabalho vivida no abrigo onde trabalha e pôde se deparar com situações vividas por mulheres vitimadas, surgindo os seguintes questionamentos: qual o conhecimento dessas mulheres sobre violência doméstica? Essas mulheres têm conhecimentos dos seus direitos como cidadãs? Conhecem as políticas públicas para combater a violência contra a mulher?

Objetivou-se com esta pesquisa conhecer a percepção de violência contra a mulher vítima de agressão doméstica encaminhada ao Abrigo Estadual, bem como identificar o conhecimento dessas mulheres sobre as políticas públicas de combate à violência contra a mulher no país e no Estado do Ceará.

Assim, a relevância da pesquisa resulta em identificar a percepção de violência de gênero à saúde feminina, vítimas da violência doméstica e encaminhadas para Casas Abrigo, responsáveis por cuidar dessa questão que envolve as relações de gênero e, de alguma forma, reivindicar a autonomia feminina e a igualdade entre os sexos, questionando-nos sobre o comportamento das mulheres e dos homens, tendo como referência nossas famílias.

Dessa maneira, espera-se que este estudo colabore para melhorar e qualificar o atendimento de enfermagem e multiprofissional às mulheres vítimas de violência doméstica, resultando num melhor acolhimento em que se avaliam as necessidades de saúde por elas enfrentadas.

TRAJETO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo de caráter descritivo, com abordagem qualitativa, realizado em 2018, em um abrigo Estadual, órgão pertencente à estrutura da Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social do Estado do Ceará (STDS), sendo subordinada à Coordenadoria de Proteção Social e Medidas Socioeducativas/Célula de Proteção Social especial. As instituições integram a rede de atendimento às mulheres em situação de violência doméstica e familiar do Estado do Ceará.

Participaram da coleta de dados sete mulheres que se encontravam abrigadas com seus filhos. Foram incluídas as mulheres que estavam em condições de responder aos questionamentos. Os dados foram coletados por meio de uma entrevista semiestruturada, contendo as seguintes questões norteadoras: O que você entende por violência contra a mulher? Você pode falar um pouco sobre as ações do governo para combater a violência contra a mulher? Por quais motivos você decidiu vir para este abrigo? E já teve interesse antes? Fale-me um pouco sobre a violência que sofreu ao longo da vida.

Os depoimentos foram gravados e transcritos na íntegra. Para análise dos dados, no qual foi empregada a técnica de análise temática (MINAYO, 2010). Os aspectos éticos estiveram presentes no decorrer da pesquisa, baseados na Resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, incluindo a abordagem dos princípios da Bioética (BRASIL, 2012). Ressalto que as mulheres entrevistadas foram convidadas a um local reservado da Unidade de Abrigo, onde puderam responder às perguntas individualmente sem a presença de terceiros, o que poderia lhes causar constrangimento.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da FAMETRO, por meio da Plataforma Brasil, tendo sido aprovado sob o Parecer de nº 442.828.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conhecendo as mulheres

As participantes da pesquisa foram caracterizadas pelo nome mulher, seguidas de números arábicos em ordem crescente. Todas tiveram a iniciativa de denunciar os agressores, encontrando-se em situação de abrigo.

Quadro 1 - Caracterização das mulheres usuárias da Casa Abrigo

Mulher	Idade	Escolaridade	Nº de Filhos	Ocupação
Mulher 1	15	Ensino Fundamental Incompleto	0	Estudante
Mulher 2	31	Ensino Fundamental Incompleto	5	Do lar
Mulher 3	22	Ensino Fundamental Incompleto	3	Do lar
Mulher 4	30	Ensino Fundamental Completo	3	Do lar
Mulher 5	31	Ensino Fundamental Incompleto	4	Do lar
Mulher 6	39	Ensino Fundamental Incompleto	2	Do lar
Mulher 7	23	Ensino Fundamental Incompleto	2	Do lar

Fonte: Elaborado pelos autores.

Conceito de violência contra a mulher à luz das agredidas

A violência, em diferentes contextos, sempre foi presente na experiência humana. Seu impacto pode ser observado mundialmente de várias formas. A cada ano mais de um milhão de pessoas sofrem ferimentos não fatais resultantes de autoagressões, de agressões interpessoais ou de violência coletiva (SARDINHA; NÁJERA CATALÁN, 2018).

A violência doméstica é compreendida por fatores diversos, contempladas por variáveis complexas, credenciando a intervenção de uma equipe multidisciplinar para contemplar as necessidades e promover um atendimento integral à vítima (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

[...] é o homem que agride a mulher dentro de casa, com palavras, com agressões físicas também. (MULHER 3)

[...] é quando a pessoa é espancada né? O marido da gente bate na gente, ele agride a gente com palavras, isso aí é uma agressão moral né? É também tem a agressão psicológica que eles fazem a gente passar devido eles espancar tanto a gente e fazer medo que a gente fica com o “psicólogo” da gente abalado. Então trauma psicológico também é um tipo de violência. (MULHER 4)

É quando o homem bate na mulher, agride a mulher verbalmente, com palavra que fica fazendo medo, fica dizendo palavras que não é pra dizer pra mulher. (MULHER 5)

Diante dos relatos supracitados, fica claro que o conceito de agressão segundo as vítimas passa da percepção física e alcança os aspectos mentais e comportamentais. Entretanto, como relata a “Mulher 4”, que alerta que agressão física não traz dores somente físicas, mas alcança a mente e abala as emoções inserindo em sua vida o aspecto do medo que repercute no seu modo de ver e agir diante das situações da vida.

Segundo Ferreira Acosta *et al.*, (2017), o fenômeno da violência de gênero, também chamado de violência contra a mulher, acontece no mundo inteiro, atingindo mulheres em todas

as idades, graus de instrução, classes sociais, raças e etnias. Em seus aspectos de violência física, sexual e psicológica isso é um problema que está associado ao poder, onde de um lado impera o domínio dos homens sobre as mulheres, e de outro lado, uma ideologia dominante, que lhe dá sustentação.

De acordo com Drezett (2018), a violência contra a mulher pode ser entendido como uma relação de forças, que converte as diferenças entre os sexos em profunda desigualdade, causando sofrimento psicológico, físico ou sexual, ocorrendo tanto no espaço privado quanto no espaço público, podendo ser cometida por familiares ou outras pessoas que vivam no mesmo domicílio, sendo com relação interpessoal, em que o agressor conviva ou tenha convivido com ela, que tenha sofrido entre outros, estupro, maus tratos, violação e abuso sexual.

Políticas públicas: um confronto com a realidade

A desigualdade é uma marca profundamente arraigada na nossa sociedade, que impõe ao conjunto das mulheres uma condição de inferioridade e subalternidade. Implementar políticas que visem à igualdade entre mulheres e homens, capazes de alterar essas relações, reconhecendo as mulheres como sujeitos de direitos é, portanto, um desafio a ser colocado na ordem do dia (ALVES; VIANA, 2008).

Por políticas públicas, compreendemos as respostas do Estado frente às demandas da sociedade que, de forma propositiva ou não, expõe suas necessidades e expressa seu poder de pressão no sentido de publicizar tais necessidades (ALVES; VIANA, 2008).

Ferreira *et al.*, (2016), ressaltam que no campo legislativo, a sanção da Lei Federal nº11.340/2006, conhecida como Lei

Maria da Penha, representa um dos maiores avanços no combate à violência contra a mulher, considerando-a como uma violação dos direitos humanos.

Nesse âmbito, a Lei 10.778 de 2003 obriga os serviços de saúde públicos ou privados a notificar casos suspeitos ou confirmados de violência de qualquer natureza contra a mulher. De acordo com essa lei, todas as pessoas físicas e entidades públicas e privadas estão obrigadas a notificar tais casos, ou seja, os profissionais de saúde em geral (médicos, cirurgiões dentistas, enfermeiros e auxiliares) e estabelecimentos que prestarem atendimentos às vítimas, postos e centros de saúde, institutos de medicina legal, clínicas e hospitais (BRASIL, 2003).

Já a Lei 11.340/2006 propõe coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Além disso, estabelece, dentro de suas disposições preliminares, no título I, medidas de assistência e proteção às mulheres em situação de violência doméstica e familiar. Entre essas medidas de proteção, podemos citar as Casas de Abrigo para mulheres em situação de violência doméstica e familiar. Essas instituições têm como objetivo central, garantir a integridade física e psicológica de mulheres em situação de risco de morte, bem como seus filhos (BRASIL, 2006).

As políticas públicas voltadas para as mulheres tendem a universalizar os direitos já legalmente instituídos, mas vivenciados por uma minoria privilegiada. Elas fazem correções nas distorções existentes em nossa sociedade, viabilizando o acesso das mulheres aos direitos de qualquer cidadão (OLIVEIRA, CAVALCANTE, 2007, p. 45).

Percebemos ainda uma falha no conhecer dessas políticas por parte das mulheres participantes da pesquisa, onde afirmam nas seguintes falas:

Não sei falar, nem sabia que esse abrigo existia, só tinha ouvido falar da Delegacia da Mulher. (MULHER 1).

Eu não sabia que existia abrigo, Lei Maria da Penha, só conhecia aqueles abrigos de criança que não tem pai nem mãe, e sabia também que existia a Delegacia da Mulher, mas agora que conheço o abrigo e a Lei acho que é uma grande ajuda pra gente poder sair dessa vida de violência. (MULHER 3)

Porém, a implantação de políticas públicas voltadas ao enfrentamento e combate à violência contra a mulher são insuficientes se não houver uma maior divulgação onde atinja todas as classes sociais. São necessárias ações educativas e sensibilizadoras sobre a causa, direcionadas a toda sociedade, assim como ações voltadas para o agressor, pois como relatam “Mulher 1” e “Mulher 3” não possuíam conhecimento sobre a Lei Maria da Penha e a existência do abrigo para acolher e apoiá-las após tomarem a decisão de denunciar os agressores.

A situação de abrigamento tem se mostrado bastante positiva na transformação da vida dessas mulheres. Normalmente, elas chegam ao abrigo fragilizadas, com baixa autoestima, acometidas por diversos adoecimentos, desprovidas de noções de higiene e autocuidado e cuidados com os filhos (DREZETT, 2017), fato confirmado pelas falas a seguir:

Vir para o abrigo me fez sentir corajosa, tô me sentindo feliz, agora eu tô vendo um novo futuro pra minha vida, dos meus filhos, poder trabalhar, fazer aquilo que eu gosto e não podia fazer antes. Estar aqui nesse abrigo pra mim está sendo um ponto positivo, porque tudo a gente passa na vida, e aqui está sendo uma “porta para um caminho melhor”. (MULHER 2)

Apesar do que passei pra tá aqui, eu tô ótima, pois sei que daqui pra frente agora vou ter uma vida melhor. Minha raiva dele era só na hora mesmo, eu não desejo mal pra ele não. (MULHER 3)

Denunciar: um conflito silencioso entre a consciência e a emoção

As mulheres ao serem agredidas, sentem-se humilhadas, mas recusam a denunciar os abusos sofridos. Esse sentimento ambivalente pode ser interpretado como codependência, pois evidencia o vínculo patológico que a mulher em situação de violência mantém com o marido/companheiro (COUTINHO, 2017).

Me sinto sozinha, perdida com medo, sem rumo, eu não tenho emprego, eu não tenho estudo, meu estudo é muito pouco, não tenho o apoio da minha família, assim uma casa que eu possa ficar, por isso custei a denunciar. Ah! Eu tenho raiva porque eu não mereço o que ele fazia comigo. (MULHER 6)

Para Costa (2011), são inúmeras dificuldades encontradas pelas mulheres em romper com o ciclo da violência vivenciada. Podendo citar: história familiar da vítima, questões religiosas, vergonha da situação, ausência de apoio para se sentir segura em tomar uma decisão, receio em prejudicar o agressor e/ou filhos, medo de sofrer violência ainda maior, sentimento de culpa e/ou responsabilidade pela violência sofrida, sentimento de fracasso e culpa na escolha do parceiro, dependência financeira do agressor, acreditando ser difícil para uma mulher com filhos encontrar emprego, expressando ideias como “ruim com ele, pior sem ele”, acreditando ser mais perigoso romper do que continuar com o

relacionamento violento, esperançosas de uma possível mudança de comportamento do agressor, ambiguidade de sentimentos (amor e ódio convivem lado a lado), dependência afetiva, baixa autoestima, depressão, isolamento provocado pelo agressor. É o que se afirma nas falas a seguir.

Minha raiva dele era só na hora mesmo, eu não desejo mal pra ele não. Mas tinha medo de denunciar e ele me matar ou de não ter lugar pra ficar, porque minha família não pode me sustentar (MULHER 3).

[...] sinto triste, não queria que isso tivesse acontecendo. Não tenho raiva dele, porque eu conheço a palavra de Deus e ela diz que a gente deve perdoar, então eu já perdooi ele pelo que ele fez, mas não quero mais voltar pra ele, quero que ele seja feliz bem longe de mim, foi difícil chegar até aqui, agora vou em frente, não fiz antes por medo de não ter pra onde ir (MULHER 4).

Eu não posso dizer que eu sinto raiva dele nesse momento, mas no momento das agressões eu sentia muita raiva, desejei até que acontecesse o mesmo, mas hoje eu vi que essa não é a saída, é fazendo o bem que a gente recebe o bem, mas tinha medo de denunciar e não ter pra onde ir e ficar só com meus filhos (MULHER 7)

Percebe-se que embora haja para a vítima um amparo legal na lei, a denúncia muitas vezes não é concretizada, pois o sentimento pelo companheiro; a vontade que a relação permaneça; a dependência financeira as impedem que as decisões cabíveis sejam tomadas, como mostra o relato da “Mulher 3”, “Mulher 4” e “Mulher 7”.

REFLEXÕES

Diante do exposto, percebe-se que a violência contra a mulher, independente da forma que é manifestada resulta no sentimento de vergonha; invasão de privacidade; negação de liberdade, bem como culpabilidade.

As mulheres do estudo relataram vivenciar a violência na íntegra e em suas diversas formas, expressando diversos sentimentos, dentre eles, raiva, tristeza, desespero, insegurança e medo.

Conforme trajetória percorrida durante o desenvolvimento da pesquisa, foi possível evidenciar mediante fragmentos de experiências humanas relacionadas com a violência doméstica, que o medo da denúncia é um empecilho no processo de rompimento do ciclo de violência, tal como a falta de informações e conhecimentos das políticas públicas existentes para erradicação desse problema.

Concomitantemente, devem ser um elemento fundamental na reinserção dessas mulheres na sociedade, de modo que possam exercer livremente sua cidadania, tendo em vista a reestruturação da sua dignidade. A violência vivida por essas mulheres perpetua doenças e sofrimentos, estando em risco, por vezes, suas vidas e de seus filhos.

A análise dos resultados deste estudo nos coloca frente a uma realidade em que há uma desarticulação tanto das estratégias governamentais, para que chegue a toda população informações sobre as políticas públicas de combate à violência doméstica, assim como o despreparo profissional em lidar com as vítimas.

Entende-se que são necessários cuidados mais efetivos, estratégias que incluam um atendimento multidisciplinar, mais humanizado, dando voz às mulheres em situação de violência, atendendo, então, às suas reais necessidades quando buscam apoio e suporte das instituições.

REFERÊNCIAS

ABREU, R. L. M.; ALMEIDA, L. S. Posicionamentos de homens em uma relação de coabitação. **Memorandum**, v. 29, p. 153-168, 2015.

ALVES, M. E. R.; VIANA, R.; (Org). **Políticas para as mulheres em Fortaleza**: desafios para a igualdade. São Paulo: Fundação Friedrich Ebert, 2008.

BRASIL. **Políticas sociais acompanhamento e análise**. Ministério de Estado Extraordinário de Assuntos Estratégicos/Secretaria de Assuntos Estratégicos, IPEA, Brasília, 2008.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003**. Brasília, DF, nov., 2013.

BRASIL. **Balanco Semestral – janeiro a junho – 2012**. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Brasília, Distrito Federal, 2012.

CARVALHO, P. L. B. Entraves da Lei Maria da Penha no combate à violência contra mulher. **Periódico do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Gênero e Direito Centro de Ciências Jurídicas**, Universidade Federal da Paraíba, v. 6, n. 2, 2017. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/ged/index>. Acesso em: 02 dez. 2018.

COSTA, F. L. M. **Violência contra a mulher**: A casa Abrigo Casa do Caminho e o Rompimento do Ciclo da Violência. Monografia (Curso de Serviço Social) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2011.

COUTINHO, M. E. C. N. Violência doméstica contra a mulher: uma questão de gênero. **Psicologia.pt**, 2017.

FERREIRA ACOSTA, D. *et al.* Aspectos éticos e legais no cuidado de enfermagem às vítimas de violência doméstica. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 26, n. 3, 2017.

FERREIRA, R. M. *et al.* Health characteristics of female victims of domestic violence housed in a state care shelter. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 12, p. 3937-3946, dez. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016001203937&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 dez. 2018.

JESUS, D. **Violência contra mulher**: aspectos criminais da Lei n. 11.340/2006. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2015.

KRENKEL, S.; MORÉ, C. L. O. O. Violência contra a Mulher, Casas-Abrigo e Redes Sociais: Revisão Sistemática da Literatura. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 37, n. 3, p. 770-783, jul./set. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703000192016>. Acesso em: 02 dez. 2018.

MINAYO, M. C. S. (Org.); DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 25. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MORAIS M. O.; RODRIGUES, T. F. Empoderamento feminino como rompimento do ciclo de violência doméstica. **Revista de Ciências Humanas**, Viçosa, v. 16, n. 1, p. 89-103, jan./jun. 2016. Disponível em: <http://www.cch.ufv.br/revista/pdfs/vol16/artigo6dv16-1.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2018.

OLIVEIRA, L. B. *et al.* Violência doméstica contra a criança: elaboração e validação de instrumento para avaliação do conhecimento dos profissionais de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, p. 1-8, 2016.

PASINATO, W. Oito anos de Lei Maria da Penha. Entre avanços, obstáculos e desafios. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 533-545, maio/ago. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2015000200533. Acesso em: 02 dez. 2018.

SAFFIOTI, H. I. B. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

SARDINHA, L.; NÁJERA CATALÁN, H. E. Attitudes towards domestic violence in 49 low- and middle-income countries: A gendered analysis of prevalence and country-level correlates. **PLoS ONE**, v. 13, n. 10, 2018.

SPÍNDOLA, T.; SANTOS, R. da S.; Trabalhando com a história de vida: percalços de uma pesquisadora. **Revista Esc. Enfermagem UPS**, São Paulo, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reesp/v37n2/14.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2013.

CAPÍTULO 5

ABORDAGEM ECO-BIO-SOCIAL: ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NO COMBATE ÀS DOENÇAS TRANSMITIDAS PELO *Aedes Aegypti*

Renata Borges de Vasconcelos

Kellyanne Abreu Silva

Izautina Vasconcelos de Sousa

Antonio Rodrigues Ferreira Júnior

Andrea Caprara

INTRODUÇÃO

As doenças transmitidas por vetores, em especial as arboviroses transmitidas pelo *Aedes aegypti* constituem um importante problema de saúde pública em nível global. Os autores Patterson, Sammon e Garg (2016) abordam a eficiência do vetor para propagação das arboviroses em populações suscetíveis. Hotez e Murray (2017) destacam que o surgimento e a rápida expansão das arboviroses não diminuirão com brevidade. Situemos o Brasil nesse contexto com uma carga tríplice de infecção viral transmitida pelo *Aedes aegypti*, sendo que a dengue persiste há décadas, chikungunya e zika são emergentes (GONÇALVES *et al.*, 2015; VALLE; AGUIAR; PIMENTA, 2015; MUSSO *et al.*, 2015).

A gravidade do problema, dada a morbimortalidade produzida por essas arboviroses com impactos para as autoridades governamentais, Sistema Único de Saúde e a sociedade civil,

impõe o desafio de desenvolver estratégias que sejam efetivas e eficazes no combate ao vetor.

A luta pelo combate ao mosquito depende de um conjunto de fatores voltados para as condições ecológicas e socioambientais que facilitam a dispersão do vetor. O controle da transmissão dos vírus requer o esforço conjunto de toda a sociedade, incluindo gestores e demais setores sociais (ZARA, 2016).

Para o controle vetorial de arboviroses, como dengue e chikungunya que são de alta prioridade, o que foi reforçado pela zika, é importante o desenvolvimento de novas ferramentas e métodos para conter a propagação do *Aedes aegypti* (MOLYNEUX; SAVIOLI; ENGELS, 2017).

A abordagem Eco-Bio-Social é estratégia inovadora recomendada para as ações de controle do vetor no país (VALLE, 2016; ZARA, 2016; BRASIL, 2016). É concebida por Caprara *et al.*, (2015) como promissora mediante as medidas rotineiras de controle. Faz-se importante enfatizar que a abordagem ecossistêmica nascida ao fim da década de 1970 objetivava a melhor gestão do ecossistema de grandes lagos da América do Norte. Ulteriormente, em 1996 direcionou o enfoque de ecossistemas para a saúde humana sendo denominada ecossaúde, e no ano de 1999, na América Latina e Caribe voltou-se para a prevenção de doenças infecciosas e a emergência da dengue consolidou a abordagem eco-bio-social baseado no enfoque ecossistêmico (WEIHS; MERTENS, 2013; BAZZANI, 2013; GOMEZ; MINAYO, 2006).

A luta eficaz contra os mosquitos e as doenças que eles transmitem, geralmente, requerem participação comunitária na aplicação de abordagens sustentáveis e econômicas (BOËTE; REEVES, 2016). As intercessões entre os referenciais teóricos ecossistêmicos e de promoção da saúde se evidenciam a partir da

afirmativa de Gomez e Minayo (2006) que diante da dinamicidade e multifatorialidade dos determinantes da saúde, o enfoque ecossistêmico procura integrar a saúde e o ambiente por meio da ciência e tecnologia, gerada e aplicada em consonância com gestores públicos, privados, com a sociedade civil e os segmentos populacionais afetados.

Em consonância com a promoção da saúde, a abordagem eco-bio-social destaca para o controle do *Aedes aegypti* a participação e a educação social e o cuidado com o meio ambiente como aliados (CAPRARA *et al.*, 2015; BRASIL, 2016). Tem por vantagens ser compatível com outras tecnologias, fazer uso de ferramentas mecânicas e dispensar uso de inseticidas (ZARA *et al.*, 2016).

A abordagem eco-bio-social poderá se traduzir em uma política pública local, com alcance intersetorial e contribuir para a transformação dos modelos de ação de combate ao vetor, como para incentivar políticas públicas intersetoriais que se traduzam em ações e frutifiquem em resultados positivos para a sociedade, no que concerne à prevenção de doenças infecciosas e suas complicações, e melhoria da qualidade de vida da população, sobretudo urbana.

Objetiva-se desenvolver um ensaio sobre a abordagem eco-bio-social, como uma estratégia inovadora pautada em princípios promotores de saúde efetiva para controle do *Aedes aegypti*. Apresentará os princípios da abordagem eco-bio-social e defenderá sua relação com a promoção da saúde. A aplicabilidade prática dos princípios eco-bio-social no controle do *Aedes aegypti* em diversos contextos, e os resultados alcançados com estudos eco-bio-social serão relacionados à promoção da saúde.

PRINCÍPIOS DA ABORDAGEM ECO-BIO-SOCIAL E SUA RELAÇÃO COM OS PRINCÍPIOS DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

A abordagem eco-bio-social é concebida como uma estratégia integrada de controle do vetor, para prevenção de doenças infecciosas, que considera o contexto em suas especificidades no tratamento do problema das arboviroses. A realidade local em que se opera é enfocada para a implementação de ações, como salientado por Waltner-Toews (2001) que as dimensões práticas, sociais e institucionais são tão preocupantes para os pesquisadores quanto às preocupações científicas e acadêmicas.

O conhecimento dos determinantes sociais da saúde (DSS) é imperativo na busca de soluções para problemas do campo. Os DSS constituem-se de fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BUSS; PELEGRINI, 2007). No que concerne ao combate ao *Aedes aegypti* um conjunto de fatores voltados para as condições ecológicas e sociais e ambientais facilitam sua dispersão (ZARA, 2016), o que denota a complexidade envolvida nas arboviroses e a necessidade de estratégias deem conta de produzir respostas satisfatórias frente ao problema.

Promoção da saúde está associada a um conjunto de valores como vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação, dentre outros, destaca a intersetorialidade e aponta determinantes múltiplos para a saúde, enfatiza a ação política e ambiental como necessárias para a melhoria da qualidade de vida e saúde, propondo a atuação da comunidade a partir da identificação das próprias necessidades. O incentivo pela ação comunitária para a produção da saúde concebe saúde como recurso para a vida diária e não como meta a ser alcançada (HAESER; BUCHELE; BRZOWSKI, 2012).

Os princípios que fundamentam o enfoque ecossistêmico e a abordagem eco-bio-social são o pensamento sistêmico, transdisciplinaridade, participação, sustentabilidade, equidade social e de gênero, conhecimentos para a ação (CHARRON, 2012). É sob a égide desses princípios convergentes com a promoção da saúde que a realidade é tratada em uma pesquisa que se desdobra a partir dessa abordagem que não pode dispensar os determinantes sociais da saúde como um guia para a ação. As áreas estratégicas para sua implementação são: 1) educação e formação, 2) participação social, 3) pesquisa interdisciplinar, 4) avaliação monitoramento e gestão do conhecimento (PASSOS *et al.*, 2013).

Ao se firmar sobre o referencial de promoção da saúde e da abordagem eco-bio-social levando-se em conta que ações de promoção da saúde devem estar pautadas na elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; a criação de ambientes favoráveis à saúde, o reforço da ação comunitária, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação do sistema de saúde é clarificado que a composição de ambos é alicerçada sobre o mesmo referencial.

As arboviroses dengue, zika e chikungunya são caracterizadas em conjunto pela reemergência, emergência, propagação e persistência. Caprara e Ridde (2016) ao abordarem a problemática advinda pelo Zika Vírus (ZIKV) e a necessidade de promoção da saúde, apontaram que a maioria das intervenções, atualmente implementadas no controle vetorial, operam no âmbito de um paradigma biomédico: pulverização aérea e terrestre com inseticida, liberação de mosquitos transgênicos no ambiente, instalação de mosquiteiros tratados com inseticida, larvicidas em tanques de água, as reações à chegada do ZIKV na América Latina são reveladoras e mostram que é preciso afirmar os valores e ações sustentados pela promoção da saúde.

O clima tropical brasileiro favorece a proliferação do *Aedes aegypti* (VALLE; PIMENTA; AGUIAR, 2015). A recorrente formação de epidemias por arboviroses tem relevante contribuição de fatores como o rápido crescimento demográfico, intensa e desordenada urbanização, inadequada infraestrutura urbana, o aumento da produção de resíduos não orgânicos, os modos de vida na cidade, a debilidade dos serviços e campanhas de saúde pública, bem como o despreparo dos agentes de saúde e da população para o controle da doença (MENDOÇA; SOUZA; DUTRA, 2009).

A desigualdade social intraurbana e suas implicações para a ocorrência de epidemia por dengue é discutida por Johansen; Carmo; Alves (2016) que focalizam a urbanização desigual e a segmentação social no tecido urbano. Nessa perspectiva Coelho (2012) expõe que a falta de infraestrutura nas cidades em relação às dificuldades em manter serviços regulares para garantir o abastecimento de água e a coleta de lixo de forma contínua é um grande desafio. É nesse ponto que o ambiente saudável para manter a saúde e a qualidade de vida como uma das metas de promoção de saúde torna urgente sua razão de ser.

O ambiente em que se vive e que se desenvolvem as relações das pessoas com a família, com a comunidade, com o trabalho e com a sociedade é onde as condições necessárias para manutenção da saúde devem existir. Na abordagem eco-bio-social a relação entre ambiente e saúde é indissociável, o que justifica sua defesa pela sustentabilidade ambiental em nível global. O relatório de Lalonde que foi divulgado em 1974, antes do marco de apresentação do enfoque ecossistêmico destacou a importância do ambiente no campo da saúde (RABELLO, 2010) o que, posteriormente, foi defendido em conferências internacionais de promoção da saúde, que foram inauguradas em 1986 em Ota-

wa, no Canadá (LOPES *et al.*, 2010; BUSS, 2009), esses eventos tornaram públicos mundialmente os ambientes saudáveis como imprescindíveis para promoção da saúde.

A magnitude das arboviroses expõe a sociedade ao chamado para participar do seu enfrentamento em um esforço coletivo (VALLE, 2016; ZARA, 2016). A emergência do ZIKV inaugurou um cenário de incertezas, a sociedade pode se encontrar com a oportunidade de repensar sua relação com o meio ambiente, os espaços que ocupa e transforma e seus modos de vida, seja na perspectiva individual, seja no âmbito coletivo e da esfera pública (VALLE; PIMENTA; AGUIAR, 2015). É nesse contexto que se apresenta o solo para que o enfoque ecossistêmico com o seu amplo arsenal de desenvolvimento se efetive no controle vetorial do *Aedes aegypti*.

Promover saúde requer estratégias que combinem o reforço da ação comunitária e o desenvolvimento de habilidade pessoais; da aquisição, por parte da comunidade e do indivíduo, de poder técnico e consistência política para atuar em prol de sua própria saúde estando relacionado à ampliação da autonomia dos sujeitos (BUSS, 2009).

A pesquisa-ação participativa é uma das características mais ressaltadas da abordagem eco-bio-social. O controle do *Aedes aegypti* demanda a participação, a educação social e o cuidado com o meio ambiente são fortes aliados do controle vetorial (CAPRARA *et al.*, 2015; LIMA; GOULART; ROLIM-NETO, 2015; BRASIL, 2016), o que está claramente delineado nos princípios e áreas estratégicas de ação. A direção da abordagem eco-bio-social e da promoção da saúde é a mesma ao colocarem a ação comunitária e a participação de todos os envolvidos com o problema das arboviroses como fundamentais.

O foco ampliado das ações de promoção da saúde requer que múltiplos recursos devem ser articulados e integrados levan-

do em consideração diferentes interesses, necessidades e motivações dos atores sociais no cenário local, esses pré-requisitos fazem parte da abordagem eco-bio-social. A participação dos usuários e das comunidades é um componente crucial das intervenções na medida em que favorece este mapeamento de demandas e oportunidades, a colaboração entre múltiplos parceiros, a responsabilização coletiva em torno dos resultados e um maior aprendizado social (MAGALHÃES, 2016).

APLICABILIDADE DOS PRINCÍPIOS ECO-BIO-SOCIAL NO CONTROLE DO VETOR *AEDESAEGYPTI*

Foster e colaboradores (2015) trazem um estudo realizado em Machala no Equador sobre a eficácia e a viabilidade de desenvolver uma abordagem eco-bio-social para efetivar uma aproximação fundamentada na comunidade para prevenção de dengue, obtendo sucesso com a intervenção integrada na redução dos níveis de índice de pupas por pessoa, a partir da mobilização social, enfatizando os determinantes ambientais próximo do risco de transmissão da dengue e o envolvimento do apoio inter-setorial. Sommerfeld e Kroger (2012) reforçam o estudo quando especifica a urgência em avançar por meio de parcerias inter-setoriais, no envolvimento das comunidades locais associando os princípios de manejo de vetores.

O estudo sobre o princípio da participação comunitária faz diferença em uma abordagem ecossistêmica com propósito de incorporação e planejamento de algumas intervenções. Em um estudo realizado por Monreal *et al.*, (2015) na cidade no México, sobre diagnóstico de saúde com enfoque na ecossáude consideraram três princípios importantes: transdisciplinar, gênero e equidade, e participação comunitária.

A conscientização da promoção de sustentabilidade ecológica e social como estratégia inovadora no controle e prevenção das arboviroses e argumentada por Caprara *et al.*, (2015), no estudo realizado no Brasil sobre a análise da efetividade de intervenções mostra que a incorporação de elementos como participação social e gestão ambiental sem a aplicação de inseticidas no controle do vetor *Aedes aegypti* reduz consideravelmente as densidades vetoriais, reforçando a importância da abordagem participativa como uma opção às medidas tradicionais. Assim, na busca por intervenções inovadoras o Ministério da Saúde integra pesquisas baseadas em resultados com propósito de implementação com enfoque na abordagem eco-bio-social. Para Cerbini e Mota (2013) as intervenções relacionadas com o indivíduo e o ambiente proporcionam interação e estimula ações de educação ambiental como propagação de conhecimentos e novas práticas cotidianas, além de fortalecer ações políticas de gestão ambiental.

A abordagem eco-bio-social acredita na elevada importância à sustentabilidade social e ambiental como forma de controle das arboviroses e prosperidade global. Um estudo multinacional aponta que o gerenciamento de vetores permite ser mais sustentável quando complementa ou substitui outras intervenções com o envolvimento de muitos parceiros, incluindo a comunidade local, objetivando intervenções com recipientes de água atingindo a redução de vetores a partir do uso de modernas ferramentas de intervenções não inseticidas, como cobertura de recipientes de água na Índia, redes de varreduras em Myanmar e copépodos e capas de tela na Tailândia (SOMMERFELD; KROEGER, 2012).

Estudo realizado na cidade de Acapulco, situada no México, partiu da aplicação de intervenções com telas impregnadas com inseticidas e fixadas em ambientes fechados, como janelas e portas das residências servindo, assim, de controle químico e mecânico para o vetor. Nesses aglomerados, foi utilizado tam-

bém no grupo controle a pulverização de adulticidas no espaço peridomiciliar e domiciliar, assim como a aplicação de larvicidas. O impacto entomológico desse aglomerado de intervenção foi comparado com o grupo controle que utilizava adulticidas e larvicidas (CHE-MENDOZA *et al.*, 2015).

Estudo realizado na região desértica no sudoeste dos Estados Unidos e no noroeste do México, examinando a associação de fatores humanos e ambientais com a presença de *Aedes aegypti*. Utilizaram armadilhas de ovoposição, para medir fatores de habitação humana que potencialmente afetam a presença do mosquito, por meio do uso de ar-condicionado e resfriadores evaporativos, cobertura de vegetação ao ar livre e acesso à água canalizada. Assim, tais estudos evidenciaram que a presença de *Aedes aegypti* foi altamente variável em todo espaço e tempo, sendo positivamente associada a áreas altamente vegetativas. Outra variável importante associou diferenças microclimáticas e acesso à água canalizada, percebendo que fatores climáticos e humanos contribuem para a prevenção do *Aedes aegypti*. (HAYDEN MH, 2010).

Políticas sustentáveis no controle do vetor das arboviroses da dengue, chikungunya e zika são fundamentais, assim como a participação da comunidade e do governo. Estudo realizado em Curaçao por Elsinga *et al.*, (2017), mostrou a falta de controle de reprodução de mosquitos por parte do governo, o qual realizava ações de controle vetorial pautadas na aplicação de larvicidas e nebulização em locais em risco de mosquitos. Tal prática de combate ao mosquito centrada no uso de inseticidas e larvicidas deve ser desencorajada, devido à resistência do vetor aos produtos químicos, os danos aos ecossistemas naturais e à saúde humana (BRAGA; VALLE, 2007).

Como estratégias de intervenção para aumentar a participação da comunidade no controle do mosquito, foi apontada a necessidade de cobertura contínua da mídia, objetivando a percepção

das comunidades nas vias de transmissão da dengue e da chikungunya. Outra intervenção registrada é a deficiência de atividades governamentais na promoção de melhorias para comunidade. Sabe-se que, esforços governamentais e da comunidade aumentam a eficácia e a sustentabilidade de ações no controle de mosquitos. A promoção da participação da comunidade através de pessoas-chave, pessoa dentro da comunidade que se propõe a liderar as ações de controle do mosquito, se constitui numa importante intervenção, pois a mobilização da comunidade despertou a autonomia nas ações e responsabilidades do seu papel enquanto cidadão. Lebel (2003) reafirma que a abordagem eco-bio-social defende a participação como um dos princípios basilares, fundamental no processo de envolvimento da comunidade nos quesitos relacionado à saúde.

As apresentações de uma abordagem eco-bio-social, enfatizando a transdisciplinaridade, abordando o desenvolvimento sustentável foram encontradas no estudo com dengue, zika e chikungunya realizado em Salto no Uruguai. Este estudo trabalhou a ampliação de uma intervenção inovadora para reduzir os *habitats* do *Aedes aegypti* utilizando uma análise transdisciplinar da abordagem eco-bio-social. O envolvimento da comunidade e das partes interessadas aumentou de forma considerável, a partir das ações propostas pelo programa de intervenção, que usou como ação a distribuição de bolsas plásticas para a comunidade, a fim de que esta possa eliminar potenciais criadouros. (BASSO, 2017). De acordo com Charron (2012) os princípios da participação da comunidade e transdisciplinaridade juntos, podem conseguir transformações relevantes, como o aumento da eficácia no controle do vetor e melhoria nas condições sanitárias e ambientais sustentáveis e participativas promotoras de saúde.

O estudo produzido na Colômbia em Girardot optou pela instalação nas janelas e portas das residências, e cobertura dos grandes reservatórios de água, cortinas e telas impregnadas

com inseticidas. Por meio de ações comunitárias e empresas locais, foram confeccionados e instalados materiais impregnados com inseticidas, sendo as cortinas em portas e janelas e as telas nas coberturas dos reservatórios. Os resultados para este estudo mostraram uma redução considerável do índice entomológico de pupa por pessoa nos imóveis de intervenção. Embora o custo para aplicação dessa nova abordagem de controle do vetor foi alto, apresentou um efeito sustentável (QUINTERO *et al.*, 2015).

A abordagem eco-bio-social propõe transformar os programas tradicionais de controle do vetor que possuem baixa efetividade diante da complexidade das arboviroses, e que não trazem resultados sustentáveis, devido à implementação de programas inadequados, a falta de participação da comunidade e/ou a fragilidade na aceitação, bem como a utilização de métodos de controle químico não sustentáveis e que causam impacto negativo nos ecossistemas naturais (VANLERBERGHE *et al.*, 2011). Essa abordagem alinhada à promoção da saúde contribui para a melhoria da qualidade de vida e saúde das pessoas, já que a abordagem eco-bio-social e a política de promoção da saúde exigem como premissa o cuidado com o ambiente e a saúde humana, a partir da participação social como define a Carta de Ottawa (BRASIL, 2001).

RESULTADOS ALCANÇADOS COM ESTUDOS ECO-BIO-SOCIAL RELACIONADOS À PROMOÇÃO DA SAÚDE

Ao longo das últimas décadas as abordagens ecossistêmicas em saúde humana surgiram no mundo da pesquisa a fim de trazer respostas e possíveis alternativas para o enfrentamento das doenças transmitidas por vetores.

No cenário atual de saúde brasileira, temos o aumento do número de casos da doença de Dengue e o surgimento das doenças causadas pelos vírus da chikungunya e zika, um problema de saúde pública, contemporâneo complexo que está atrelado aos determinantes sociais, culturais, de gênero, econômicos e ambientais, o qual se configura como problema indissociável do desenvolvimento das sociedades, quando estas implicam no meio ambiente de maneira destrutiva.

Estudos apontam que o surgimento do vetor *Aedes aegypti* envolve fatores do ponto de vista micro e macroecológico. Dessa forma, temos que, a determinação social do problema envolve os comportamentos humanos, sejam eles individuais, coletivos, de ordem política, econômico, institucionais e ecológicos; social em que a disparidade entre as comunidades se faz presente. (QUINTERO *et al.*, 2014, QUINTERO *et al.*, 2017)

Um estudo realizado na cidade de Salto localizada no Noroeste do Uruguai, onde existem populações do vetor e poucos relatos de infecção das pessoas pelas arboviroses, aplicou uma intervenção a partir da abordagem eco-bio-social com o intuito de reduzir o risco de transmissão das arboviroses Dengue, Chikungunya, e Zika a partir da intersectorialidade, considerando a participação comunitária. A ação identificou que os tipos de depósitos epidemiologicamente relevantes eram os pequenos recipientes de água descartados, os quais foram capazes de produzir 78% das pupas do mosquito. O envolvimento da comunidade, escolares, professores e comunidade geral; nas ações de identificação e eliminação dos criadouros do vetor e as parcerias intersectoriais para a prevenção e o controle vetorial foram alcançados. O estudo traz que a participação social foi o elemento fundamental para o sucesso da intervenção, contribuindo inclusive para a efetividade das ações por meio de um custo inferior, 45,6% mais barata, do

que as ações executadas de rotina através das políticas de controle vetorial do país (BASSO *et al.*, 2015).

Mitchell-Foster *et al.*, (2015) realizou uma intervenção na cidade de Machala no Equador pautada no princípio da participação da comunidade e da abordagem eco-bio-social com o objetivo de prevenir as infecções por dengue. Evidenciou ao término da intervenção que as crianças conseguiram identificar e compreender os aspectos ecológicos e biológicos do vetor e se envolveram nas atividades de controle vetorial de maneira a reduzir os índices de pupa e larvas do vetor junto aos escolares. A comunidade geral conseguiu eliminar os resíduos sólidos e os depósitos, criadouros para o mosquito, nos ambientes intra e peridomiciliares, através da mobilização e envolvimento nas atividades de controle de vetor propostas pelo estudo. Foi possível, através dessas ações, reduzir a infestação pelo *Aedes* numa cidade endêmica para o vetor; embora o estudo não tenha mensurado a sustentabilidade dessas ações quanto à continuidade dessas ações para além do tempo de duração do estudo.

Os resultados da intervenção sugeriram que os sucessos locais nas abordagens dos ecossistemas para a prevenção da dengue podem ser exitosas se o processo de participação da comunidade e dos demais atores e setores da sociedade envolvidos no processo for prosseguido de mobilização social organizada e de capacitação/formação de todos os sujeitos envolvidos no processo.

O cuidado com o ambiente é primordial para a promoção da saúde, e se constitui numa premissa para as abordagens ecossistêmicas. Portanto, a maneira destrutiva com que o ser humano se relaciona com o meio ambiente provoca desequilíbrios nos ecossistemas agravando e/ou fazendo emergir novas doenças como é o caso das arboviroses Dengue, Chikungunya e Zika. Dessa maneira, a utilização das abordagens ecossistêmicas para o

controle das doenças vetoriais tem mostrado grandes contribuições em diversos locais do mundo por meio da execução de ações de controle vetorial alicerçadas nos princípios do pensamento sistêmico, participação da comunidade e das partes interessadas, pensamento sistêmico, equidade de gênero, sustentabilidade e transdisciplinaridade; elementos presentes no campo teórico/prático da abordagem eco-bio-social.

A abordagem eco-bio-social se refere aos fatores ecológicos, natural e o de *habitat* humano, tais como o clima, chuva, umidade, temperatura elevada; ambiente urbano, periurbano. Os fatores biológicos dizem respeito ao vetor *Aedes aegypti* e como se dá o seu comportamento nos ambientes naturais e de *habitat* das pessoas; quanto aos fatores sociais, estes englobam uma gama de fatores voltados para a saúde comunitária. Desse modo, podemos considerar o controle do vetor, a atuação dos serviços públicos e privados de saúde, bem como o papel da gestão pública e privada quanto aos serviços de infraestrutura e saneamento básico de qualidade.

Sommerfield; Kroeger (2013) traz em seu estudo sobre a abordagem eco-bio-social para o vetor *Aedes aegypti* nas áreas urbanas e periurbanas da Ásia dando ênfase a uma intervenção que promoveu a participação da comunidade e das partes interessadas (stakeholders) nas ações de controle do vetor. A intervenção evidenciou indicadores fundamentais para a participação da comunidade: liderança, planejamento e gerenciamento, envolvimento das mulheres, apoio externo e monitoramento e avaliação; foram obtidos resultados significativos com a participação das pessoas e outros parceiros públicos e privados motivados e envolvidos com questões da saúde ambiental e das pessoas.

A participação da comunidade refletida nas ações comunitárias cotidianas de controle vetorial intradomicliar e perido-

miciliar, adquiridas por meio do conhecimento acerca do vetor e seu impacto na saúde humana, promove saúde e prevenção de agravos trazidos pela infecção pelas arboviroses, embora tenhamos determinantes sociais de grande impacto no contexto do adoecimento pelas arboviroses, como é o caso da pobreza e da desigualdade social, que geram condições favoráveis para a infestação do vetor *Aedes aegypti* (QUINTERO *et al.*, 2014; WAI *et al.*, 2015).

Estudos apontam as arboviroses como um problema de saúde pública global que afeta, particularmente, a maioria dos países da América Latina e dos continentes Africano e Asiático. Dessa maneira, estudos de intervenção realizados em países latino-americanos, Caribe, africanos e asiáticos, investiram esforços nas atividades de ação comunitária, como uma estratégia de intervenção de baixo custo para reduzir a infestação do vetor *Aedes* e promover a saúde da comunidade (PASSOS *et al.*, 2013; QUINTERO *et al.*, 2014; BASSO *et al.*, 2015; MITCHELL-FOSTER *et al.*, 2015; QUINTERO *et al.*, 2017).

Envolver a comunidade nas atividades de controle vetorial é uma das formas mais sustentável e econômica de promoção da saúde e prevenção da transmissão das arboviroses. Devendo, portanto, servir de modelo para a transformação dos programas de controle vetorial existentes (CHARRON, 2012; SOMMERFIELD; KROEGER, 2013).

A população em parceria com os gestores quando sensibilizada e mobilizada para o desenvolvimento de capacidades para agir no controle do vetor, consegue contribuir com o processo de transformação das condições sociais, econômicas e ambientais que implicam negativamente na saúde das populações. A mudança de comportamento das pessoas refletida através do cuidado com o ambiente em que se vive, seja dentro do domicílio ou

fora deste, passa a ser um compromisso a ser assumido por toda a humanidade, esse processo de mudança leva tempo, pois implica em transformações de conhecimentos e hábitos de vida que destroem o meio ambiente e os ecossistemas naturais.

A participação da sociedade civil, tal como a responsabilidade na elaboração de políticas públicas de promoção da saúde, que prevê qualidade de vida e estímulo à promoção de ambientes saudáveis e equidade de gênero, pouco se avançou nesses 30 anos após a 1ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde de Ottawa. Nesse sentido, a abordagem ecossistêmica se encaixa nas cinco estratégias propostas pela Carta de Ottawa, são elas: políticas públicas saudáveis, ambientes favoráveis à saúde, ação comunitária, habilidades pessoais e reorientação do sistema de saúde. Tendo em vista que a abordagem eco-bio-social relacionada à promoção da saúde defende dentro do seu campo teórico/prático e metodológico a implementação de políticas públicas saudáveis que valorizem e preservem os recursos naturais de maneira a construir ambientes saudáveis para as pessoas. Diante disso, a participação da comunidade nas atividades de cuidado com o ambiente torna-se uma premissa para a promoção de saúde e prevenção de agravos trazidos pelas doenças transmitidas por vetores.

A participação da comunidade nas atividades de controle do vetor deve estar associada ao conhecimento para ação, uma das áreas estratégicas da abordagem eco-bio-social, acerca dos aspectos ecológicos, biológicos e sociais do vetor; deve ser mobilizada por meio de alianças sociais, acadêmicas e políticas; a participação intersetorial por meio do desenvolvimento de atividades sustentáveis com enfoque ecossistêmico favorece o fortalecimento das ações de todos os envolvidos nas práticas de controle vetorial, tendo como elemento-chave a participação da comunidade como uma atividade de controle sustentável que

minimiza e/ou soluciona o problema complexo das arboviroses e seu impacto na saúde da humanidade, além de que defende a proposta de promoção da saúde, quando a abordagem eco-bio-social para o controle do vetor consegue discutir saúde como produção social que está para além do setor saúde e que exige o envolvimento transdisciplinar de diversos setores da sociedade civil e da gestão (PASSOS *et al.*, 2013; QUINTERO *et al.*, 2014; WAI *et al.*, 2014; BASSO *et al.*, 2015; FOSTER *et al.*, 2015; QUINTERO *et al.*, 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A abordagem eco-bio-social se constitui num campo teórico, prático e metodológico inovador para a prevenção e controle das arboviroses dengue, chikungunya e zika, tendo em vista que a infestação do vetor está atrelada diretamente a ação da população humana.

O comportamento humano de agressão ao meio ambiente vem ao longo das últimas décadas impactando o cenário de morbi-mortalidade global pelas arboviroses, afetando dessa forma a saúde da humanidade.

Muitas das evidências em apoio às abordagens ecossistêmicas mostraram o sucesso de intervenções baseadas na participação da comunidade. A eficácia de ações de controle do mosquito *Aedes aegypti* envolvendo a comunidade nos revela que as políticas públicas devem ser transformadas na perspectiva da participação social, devendo para isso utilizar como elemento-chave a mobilização social para que o maior número de pessoas e a comunidade geral sejam envolvidos nas práticas de controle do vetor. Elementos da abordagem eco-bio-social devem fazer

parte desse processo de transformação de práticas no campo do controle de vetores, assim como a adoção de novas posturas éticas e cidadãs pela comunidade devem ser encorajadas na tentativa de avançarmos para um novo cenário de saúde global no que diz respeito às arboviroses.

Uma abordagem eco-bio-social integrada para reduzir a infestação do mosquito que envolva a participação da comunidade e dos demais setores sociais, é capaz de minimizar, a baixo custo, os determinantes sociais que perpassam o processo de adoecimento e morte das pessoas a partir da adoção de práticas sustentáveis e ecológicas de promoção da saúde.

REFERÊNCIAS

BASSO, C. *et al.* Scaling Up of an Innovative Intervention to Reduce Risk of Dengue, Chikungunya, and Zika Transmission in Uruguay in the Framework of an Intersectoral Approach with and without Community Participation. **Am. J. Trop. Med. Hyg.**, v. 97, n. 5, p. 1428-1436, 2017.

BAZZANI, R. Prólogo: Emergência da Dengue Novas Abordagens intersetoriais em saúde e ambiente. *In*: CAPRARA, A.; LIMA, J. W. de O.; PEIXOTO, A. C. R. **Ecossáude, uma abordagem eco-bio-social: percursos convergentes no controle do dengue**. Fortaleza: EdUECE, 2013.

BOËTE, C.; REEVES, R. G. Alternative vector control methods to manage the Zika virus outbreak: more haste, less speed. **The Lancet Global Health**, v. 4, n. 6, e363.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico**: Relatório da Reunião Internacional para Implementação de Alternativas para o Controle do *Aedes aegypti* no Brasil. v. 47, n. 15. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório da reunião internacional para a implementação de alternativas para o controle do *Aedes aegypti* no Brasil**. v. 47, Brasília, 2016.

BUSS, P. M. Uma introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. *In*: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. de (Org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009, p. 19-42.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CAPRARA, A. *et al.* Entomological impact and social participation in dengue control: a cluster randomized trial in Fortaleza, Brazil. **Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg.**, v. 109, n. 2, p. 99-105, fev. 2015.

CAPRARA, A.; RIDDE, V. Zika: exposing anew the need for health promotion in Latin America. **Global Health Promotion**, v. 23, n. 4, p. 3-5, 2016.

CARABALI, M.; HERNANDEZ, L. M.; ARAUZ, M. J.; VILLAR, L. A.; RIDDE, V. Why are people with dengue dying? A scoping review of determinants for dengue mortality. **BMC Infect. Dis.**, v. 30, n. 15, p. 301, 2015.

CHARRON, D. F. **Ecohealth Research in Practice: Innovative Applications of an Ecosystem Approach to Health**. Springer: IDRC/CRDI, 2012.

GOMEZ, 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, 2006.

GONÇALVES, R. P.; LIMA, E. C. de; LIMA, J. W. de O.; SILVA, M. G. C. da; CAPRARA A. Contribuições recentes sobre conhecimentos, atitudes e práticas da população brasileira acerca da dengue. **Saúde soc.**, v. 24, n. 2, p. 578-593, 2015.

HAESER, L. de M.; BUCHELE, F.; BRZOZOWSKI, F. S. Considerações sobre a autonomia e a promoção da saúde. **Physis**, v. 22, n. 2, p. 605-620, 2012.

HONORIO, N. A.; CAMARA, D. C. P.; CALVET, G. A.; BRASIL, P. Chikungunya: uma arbovirose em estabelecimento e expansão no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 31, n. 5, p. 906-908, 2015.

HOTEZ, P. J.; MURRAY, K. O. Dengue, West Nile virus, chikungunya, Zika and now Mayaro? **PLoS Negl. Trop. Dis.**, v. 11, n. 8, e0005462, 2017.

JOHANSEN, I. C.; CARMO, R. L. do; ALVES, L. C. Desigualdade social intraurbana: implicações sobre a epidemia de dengue em Campinas, SP, em 2014. **Cad. Metrop.**, v. 18, n. 36, p. 421-440, 2016.

LIMA, E. P.; GOULART, M. O. F.; ROLIM-NETO, M. L. Meta-analysis of studies on chemical, physical and biological agents in the control of *Aedes aegypti*. **BMC Public Health**, n. 858, 2015.

LOPES, M. do S. V. *et al.* Análise do conceito de promoção da saúde. **Texto & Contexto Enferm.**, v. 19, n. 3, p. 461-468, 2010.

MAGALHAES, R. Avaliação da Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectivas e desafios. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 21, n. 6, p. 1767-1776, 2016.

MENDONCA, F. de A.; SOUZA, A. V. e; DUTRA, D. de A. Saúde pública, urbanização e dengue no Brasil. **Soc. nat.**, v. 21, n. 3, p. 257-269, 2009.

MITCHELL-FOSTER, K. *et al.* Integrating participatory community mobilization processes to improve dengue prevention: an eco-bio-social scaling up of local success in Machala, Ecuador. **Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg.**, v. 109, n. 2, p. 126-33, 2015.

MOLYNEUX, D. H.; SAVIOLI, L.; ENGELS, D. Neglected tropical diseases: progress towards addressing the chronic pandemic. **The Lancet**, v. 389, n. 10066, p. 312-325, 2017.

MUSSO, D.; CAO-LORMEAU, V. M.; GUBLER, D. J. Zika virus: following the path of dengue and chikungunya? **The Lancet**, v. 386, n. 9990, p. 243-244, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Director-General summarizes the outcome of the Emergency Committee regarding clusters of microcephaly and Guillain Barré syndrome.** Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2016/emergencycommitteezikamicrocephaly/en/>. Acesso em: 30 jan. 2018.

PASSOS, C. J. S. *et al.* A perspectiva das abordagens ecossistêmicas em saúde humana (EcoSaúde) nas Américas: as contribuições das comunidades de prática. *In:* CAPRARA, A.; LIMA, J. W. de O.; PEIXOTO, A. C. R. **EcoSaúde, uma abordagem eco-bio-social: percursos convergentes no controle do dengue.** Fortaleza: EdUECE, 2013. p. 42-53.

PATTERSON, J.; SAMMON, M.; GARG, M. Dengue, Zika and Chikungunya: Emerging Arboviruses in the New World. **West J. Emerg Med.**, v. 17, n. 6, p. 671-679, 2016.

QUINTERO, J. *et al.* Ecological, biological and social dimensions of dengue vector breeding in five urban settings of Latin America: a multi-country study. **BMC Infectious Diseases**, p. 14-38, 2014.

QUINTERO, J. *et al.* Taking innovative vector control interventions in urban Latin America to scale: lessons learnt from multi-country implementation research. **Pathogens and Global Health**, 2017.

SCHRAMM, J. M. de A.; OLIVEIRA, A. F. de; LEITE, I. da C. Zika virus in the dock. **The Lancet Infectious Diseases**, v. 16, n. 3, p. 265, 2016.

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

SOMMERFELD, J.; KROEGER, A. Pesquisa Eco-Bio-Social sobre Dengue: um estudo multicêntrico sobre ecossistema e abordagens baseadas nas comunidades para o controle de vetores do dengue em áreas urbanas e periurbanas da Ásia. *In:* CAPRARA, A.; LIMA, J. W. de O.; PEIXOTO, A. C. R. (Orgs.). **EcoSaúde, uma Abordagem Eco-Bio-Social: percursos convergentes no controle do dengue.** Fortaleza: EdUECE, 2013. p. 55-70.

TANA, S.; UMNİYATI, S.; PETZOLD, M.; KROEGER, A.; SOMMERFELD, J. Building and analyzing an innovative community-centered dengue-ecosystem management intervention in Yogyakarta, Indonesia. **Pathogens and Global Health**, v. 106, n. 8, p. 469-78.

TAUIL, P. L. Aspectos críticos do controle do dengue no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, p. 867-871, 2002.

TEIXEIRA, M. G. *et al.* Dengue: twenty-five years since reemergence in Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, supl. 1, p. S7-S18, 2009.

VALLE, D. Sem bala mágica: cidadania e participação social no controle de *Aedes aegypti*. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 25, n. 3, p. 629-632, 2016.

VALLE, D.; AGUIAR, R.; PIMENTA, D. Lançando luz sobre a dengue. **Cienc. Cult.**, v. 67, n. 3, p. 4-5, 2015.

WAI, K. T. *et al.* Community-Centred Eco-Bio-Social Approach to Control Dengue Vectors: An Intervention Study from Myanmar. *In*: WAI, K. T. *et al.* **Epidemiology II: Theory, Research and Practice**, 2015.

WALTNER-TOEWS, D. An ecosystem approach to health and its applications to tropical and emerging diseases. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 17, p. 7-36, 2001.

WEIHS, M.; MERTENS, F. Os desafios da geração do conhecimento em saúde ambiental: uma perspectiva ecossistêmica. **Cienc. Saúde Coletiva**, v. 18, n. 5, p. 1501-1510, 2013.

ZANLUCA, C.; MELO *et al.* First report of autochthonous transmission of Zika virus in Brazil. **Mem. Inst. Oswaldo Cruz**, v. 110, n. 4, p. 569-572, 2015.

ZARA, A. L. de S. A. *et al.* Estratégias de controle do *Aedes aegypti*: uma revisão. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 25, n. 2, p. 391-404, 2016.

POLÍTICAS

“Ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo.”

Paulo Freire

CAPÍTULO 6

PROMOÇÃO DA SAÚDE E A INTERFACE COM A PRÁTICA DO ENFERMEIRO NOS GRUPOS DE GESTANTES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Herla Maria Furtado Jorge

Larissa Veras de Araújo

Ana Andressa de Sousa Ferreira

Ana Maria Pereira Martins

Raimunda Magalhães da Silva

INTRODUÇÃO

A promoção da saúde, de acordo com a “*Carta de Ottawa*”, consiste no *processo que busca permitir que as pessoas aumentem o controle e a melhoria da saúde* mediante a implementação da construção de políticas públicas saudáveis, desenvolvimento de habilidades pessoais, criação de ambientes favoráveis à saúde, fortalecimento da ação comunitária e reorientação dos serviços de saúde (WHO, 1986).

No Brasil, a promoção da saúde consiste em uma das estratégias do setor de saúde com o objetivo de produzir a gestão compartilhada entre usuários, movimentos sociais, trabalhadores do setor sanitário e de outros setores, com ênfase na autonomia e corresponsabilidade reiterando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2012a).

No SUS, as estratégias de promoção da saúde é uma possibilidade de enfatizar os aspectos que determinam o processo saúde-doença em nosso País. Nesse sentido, o Ministério da Saúde publicou programas e políticas que norteiam as práticas de promoção da saúde, como a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (BRASIL, 2010) e a Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) publicada em 2004, que incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção à saúde (BRASIL, 2004).

Nesse contexto, insere-se a Atenção Primária à Saúde (APS) proposta para prevenir os agravos e promover a saúde da população em todos os ciclos de vida, contudo ainda é permeada por valores assistenciais de cunho curativo e biologicista, voltados principalmente à doença (SIMÕES *et al.*, 2014).

Diante do exposto, ainda é presente a discriminação, frustração e violação dos direitos das mulheres que buscam os serviços de saúde na Atenção Primária à Saúde (APS) (SARTIA *et al.*, 2018). Contudo, sabe-se que uma Atenção Primária à Saúde bem estruturada resulta em melhores indicadores de saúde populacionais, maior equidade na atenção à saúde, custos mais favoráveis para a sociedade, coordenação sistêmica mais efetiva e maior segurança para os usuários dos serviços de saúde (FER-TONANI *et al.*, 2015).

No âmbito da APS os profissionais de saúde assumem uma responsabilidade para ir além de sua atuação clínica, com ênfase no fortalecimento da sociedade e na tomada de decisões (FER-TONANI *et al.*, 2015). Porém, as ações dos profissionais podem ser realizadas em grupos de promoção da saúde que envolvem conhecimentos, habilidades e atitudes com ênfase nos aspectos

emocionais, sociais e biológicos, não se configurando apenas como um somatório de pessoas, mas como uma nova entidade com objetivos compartilhados (FRIEDRICH *et al.*, 2018).

Desse modo, ressalta-se a prática do enfermeiro que busca superar o modelo médico-centrado, em nível nacional e internacional, trazendo uma visão ampliada e integral das situações de saúde-doença da população no SUS. A atuação do enfermeiro favorece práticas de escuta qualificada, fortalece os vínculos, garantia do acesso às informações, conduz ações coletivas com o intuito de promover e desenvolver a autonomia, a qual aumenta no coletivo o poder de tomada de decisão e acesso às atividades educativas (FRIEDRICH *et al.*, 2018).

Dentre as ações realizadas por enfermeiros na assistência ao pré-natal destacam-se as orientações durante os grupos de preparação para o parto sobre alterações fisiológicas durante a gravidez, nutrição, técnicas não farmacológicas de alívio da dor durante o parto, crescimento e desenvolvimento fetal e amamentação (USTUNSOZ; SENEL; POLLOCK, 2011). Tais práticas contribuem para o conhecimento das mulheres sobre os fatores de riscos e complicações da gestação, bem-estar materno e neonatal, redução do medo do parto normal e promove a participação ativa das mulheres (KARABULUT *et al.*, 2016; KLEKA *et al.*, 2016).

Face ao exposto e ante as limitadas evidências nas publicações, mediante a busca rápida dos artigos publicados no período de março a abril de 2017, nas bases de dados SCIELO, BIREME e LILACS, a qual se evidenciou 34 artigos sobre a temática, e destes apenas 12 abordavam a atuação e a percepção dos enfermeiros nos grupos educativos com gestantes, emergiu o seguinte questionamento: Como se dá a atuação do enfermeiro nos grupos educativos com gestantes atendidas na Atenção Primária à Saúde (APS)? Contudo, este estudo objetivou conhecer a per-

cepção e a prática do enfermeiro acerca das ações de promoção da saúde realizadas com gestantes na Atenção Primária à Saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa realizado com enfermeiros das Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS). A abordagem qualitativa permite que o pesquisador participe, compreenda e interprete os eventos sociais da pesquisa, considerando o sujeito do estudo, condições sociais, crenças, valores e significados (MINAYO, 2008).

A pesquisa foi realizada em seis UAPS pertencentes à Secretaria Regional VI de Fortaleza (CE). A escolha da regional se deu por ser a de maior abrangência do município e por contemplar uma parcela significativa de bairros com situações socioeconômicas bem precárias. Para a coleta de dados realizamos o contato prévio com todos os gestores das 28 UAPS da Regional VI com a finalidade de identificarmos quais as unidades realizavam práticas educativas em grupos de gestantes. Após o primeiro contato, evidenciamos que 12 unidades não realizavam nenhum tipo de grupo educativo direcionado à saúde da mulher, em três unidades os profissionais não aceitaram participar da pesquisa e em quatro unidades não tinham representantes na coordenação no período da coleta de dados, uma unidade foi excluída pelo fato da condução do grupo ser realizada pelo profissional dentista.

Participaram do estudo sete enfermeiros que atuavam na Estratégia Saúde da Família (ESF) das respectivas UAPS há pelo menos um ano e que conduziam os grupos educativos com gestantes. Foram excluídos do estudo os enfermeiros contratados por tempo determinado por se tratarem de profissionais instáveis no serviço.

Os dados foram coletados por meio de uma entrevista semi-estruturada realizada durante o segundo semestre do ano de 2017, entre os meses de julho a setembro, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos informantes, que assegura sua privacidade e anonimato. As entrevistas foram realizadas com base no preenchimento de uma ficha de dados sociodemográficos de cada participante quanto à identificação profissional e por um roteiro composto por 10 questões norteadoras contendo informações sobre o tempo de serviço na unidade, as facilidades e dificuldades para a realização dos grupos, a periodicidade de realização, o público-alvo, os instrumentos e estratégias educativas que norteiam o desenvolvimento das atividades e o efeito que estas causam dentro dos grupos. As informações das entrevistas foram gravadas na íntegra e, posteriormente, transcritas detalhadamente.

Os dados foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2008). Inicialmente, realizamos a fase de pré-análise das entrevistas, que consiste na leitura fluente, organização, sistematização das ideias iniciais, de maneira a conduzir um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas; em seguida realizamos a fase de exploração do material através da organização sistemática das decisões tomadas; e, por último, a fase de tratamento dos resultados obtidos e interpretação, onde eles foram analisados e discutidos à luz das recomendações das políticas e programas no Ministério da Saúde sobre a promoção e a prevenção da saúde na atenção primária, e dos achados da literatura pertinente sobre a temática.

Foram respeitados os aspectos éticos, conforme preconiza a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisas que envolvem seres humanos (BRASIL, 2012b). Este estudo está inserido no projeto intitulado “Avaliação de tecnologia informativa para o atendimento à gestante na rede de atenção básica em saúde”, e foi aprovado pelo Comitê de Ética em

Pesquisas em Seres Humanos da Universidade de Fortaleza sob o número de Parecer 189.251.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização dos participantes

Participaram do estudo sete enfermeiros que atuavam na APS e tinham de 11 meses a 32 anos de formados. Destes, seis eram do sexo feminino e um do sexo masculino e estavam numa faixa etária entre 36 a 57 anos. Quanto à cor da pele, cinco deles se consideram de cor parda, uma negra e a outra de cor branca. Quanto ao estado civil e religião, quatro dos participantes eram casados, dois solteiros e um em união estável e todos eram católicos.

Quando questionados sobre a realização de cursos de pós-graduação, cinco dos entrevistados afirmaram ter realizado. Já no que compete a cursos de aperfeiçoamento e capacitação que abordassem a humanização com mulheres, quatro deles afirmaram ter realizado. Todos os enfermeiros trabalham na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e cumprem jornada de trabalho de 40 horas semanais.

Percepção e prática dos enfermeiros acerca da realização dos grupos educativos com gestantes

Todos os enfermeiros entrevistados afirmaram realizar somente grupos de gestantes, no qual o número de participantes variou em torno de 10 a 15 mulheres por grupo, sendo os encontros realizados mensalmente.

É mensal, na primeira quinta-feira de cada mês certo? (...) até porque também nesse dia é um dia que tem muito atendimento, pré-natal na unidade, então a gente conseguia recrutar muitas gestantes pra esse dia. [E 01]

Uma vez por mês! Apesar da gente dar brinde, dar lanche, dar um monte de coisas que incentive, vai geralmente 10 a 15. [E 04]

Eles consideraram que o grupo é uma ferramenta facilitadora e importante, no qual é possível realizar discussões quanto ao desenvolvimento gestacional e cuidados com o recém-nascido.

(...) Acho que é de grande importância pra elas. É... porque esclarece bastante dúvidas que às vezes na hora da consulta não dá pra sanar tudo né? Então, pra elas é de bastante importância. Com o desenvolvimento da gestação e até depois quando a gente fala também de cuidado com o recém-nascido, pra elas é mais fácil cuidar desse recém-nascido né?[E 02]

É um grupo que a gente busca tá passando informação pra elas sobre a gestação, sobre os cuidados com o recém-nascido, sobre práticas saudáveis durante a gestação pra ter uma gravidez tranquila, né? Então, é a busca de qualidade de vida pra elas. [E 05]

Estudos apontam que os grupos educativos contribuem para o aprendizado a partir da valorização dos saberes e possibilitam uma construção coletiva do conhecimento, facilitam a expressão das necessidades, angústias e expectativas e promovem a reflexão da realidade. Como uma ação coletiva, as atividades de grupo demonstram ser fundamentais no apoio e incentivo que os

participantes dão um ao outro, sobretudo pela troca de experiências, mostrando a importância dessa prática (KARABULUT *et al.*, 2016; ROCHA *et al.*, 2012).

Os profissionais da Atenção Básica reconhecem o seu papel de educador e os grupos educativos são considerados como uma das suas ações de promoção da saúde ROCHA *et al.*, 2012). Nesse sentido, dentre as profissões da área da saúde, “a enfermagem se destaca na proposição de grupos” (FERREIRA NETO; KIND, 2011).

Ressalta-se que a construção de ações educativas em saúde, de forma compartilhada, deve privilegiar a comunicação onde saberes diferentes se relacionam e os sujeitos se transformam e auxiliam na mudança do outro, buscando a autonomia, a cidadania e a interdisciplinaridade (SIMÕES *et al.*, 2014).

No que concerne a realização do grupo, os profissionais referiram depender da ajuda dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para a divulgação:

Depende muito também dos meses que os Agentes de Saúde ajudam a gente, porque às vezes eles não divulgam aí vem pouca gente. [E 02]

Eu mando os agentes de saúde avisar que tem o brinde, tem a orientação, tem dinâmica, eu tenho que passar pra elas que é um momento também de lazer. [E 04]

No que consiste as estratégias utilizadas por enfermeiros para a realização dos grupos, os participantes relataram que na maior parte das vezes utilizam recursos audiovisual e promovem rodas de conversa, por se tratar de uma estratégia mais “acessível” e de melhor compreensão, visto que o assunto é exposto de

acordo com as necessidades das gestantes e a fase gestacional em que a maior parte delas se encontra, o que ficou apresentado nas seguintes falas:

(...) quando a gente vai falar do tema de cuidados com o bebê, a gente procura retratar com vídeos, porque a gente ainda não conseguiu bonequinhos para ficar fazendo ao vivo né? Então, a gente pega alguns vídeos e passa para ela recurso audiovisual mesmo, tecnologia leve né [E 01]

Roda de conversa, é... exposição e a gente usa *slides* às vezes, vídeos, enfim, tudo o que a gente pode estar fazendo de diferente a gente faz. [E 05]

Quanto ao uso de materiais educativos para a condução dos grupos educativos, os participantes relataram direcionar todo o seu conhecimento teórico pelas recomendações do Ministério da Saúde, no entanto, não utilizam nenhum tipo de material do Ministério da Saúde ou da Organização Mundial de Saúde como forma de auxílio na condução dos grupos, pois as unidades não disponibilizam de tais instrumentos.

(...) eu nunca utilizei esses álbuns, o material próprio do Ministério da Saúde, principalmente porque aqui no posto não tem e eu não sei nem... era pra ter, mas não tem, então se torna mais difícil providenciar. [E 02]

Não, porque não tem, eu já procurei aqui. Eu utilizo pesquisando na internet, cada grupo tem um tema e eu pesquiso pra dar tipo uma aula mesmo. Eu até consegui um Datashow agora e eu vou adaptar o Datashow às palestras. [E 04]

As tecnologias leves no atual contexto em saúde se mostram como sugestões de mudança de paradigma que viabiliza atender à realidade vigente no que compete às relações entre equipe de saúde e usuários dos serviços, destacando-se como elementos relevantes de rearticulação entre a prática profissional e as necessidades de saúde da população (OLIVEIRA; SUTO; SILVA, 2016). Esse tipo de tecnologia utilizada e integrada pelo profissional enfermeiro ao seu processo de trabalho propicia as relações dialógicas do ser como indivíduo e como agente coletivo.

A maior parte dos entrevistados mencionaram distribuir brindes e ofertar lanches como forma de incentivar a população a participação dos grupos. Contudo, alguns relatos sinalizaram não utilizar esse tipo de incentivo.

Aí a gente sempre fala que tem a questão dos brindes aí elas se animam muito. Que a gente sempre no final, quando elas respondem perguntas a gente dá brinde como fralda, já dá o arsenal pra elas cuidarem um pouquinho do bebê como cosméticos, pomadas, e também a gente cuida da gestante! Tem a parte delas pra hidratantes, repelentes, enfim, é mais brindes mesmo! [E 01]

Toda vida tem o lanche, brinde a gente tava conseguindo com parceria com uma loja que tem aqui que tava mandando umas roupinhas de bebê, só que nunca mais mandaram, a gente vai até lá ver se consegue de novo. [E 02]

A participação de pessoas da própria comunidade permite um partilhar de saberes populares, experiências, vivências e saberes científicos, na qual possibilita conhecer as comunidades, valorizar seus problemas e reconhecer a responsabilidade das pessoas nas práticas, ampliando os saberes e despertando novos olhares (ROECKER; NUNES; MARCON, 2013).

Dificuldades e facilidades para a condução do grupo e sua contribuição no período gravídico

Quando questionados sobre as dificuldades para realizar o grupo, a maior parte dos entrevistados relatou que a principal barreira enfrentada é a questão da falta de recursos financeiros, o que os levam, muitas vezes, a retirar dinheiro do próprio bolso para custear algumas despesas.

Primeiro o apoio, do... principalmente da Regional, eles não dão nenhum apoio financeiro, tudo que a gente faz é dinheiro do bolso da gente, do profissional... Diz que vai vir dinheiro pra ajudar, mas não vem, então assim, tudo que a gente bota é do nosso bolso. Isso aí eu acho que é a pior parte né? Porque já não é essas coisas toda que a gente ganha (risos), ainda tira, ainda a gente tem que tirar né? Porque a gente quer continuar. [E 02]

Financeira não tem nada deles, nada! [E 04]

Estudo realizado em Santa Catarina e Toronto também evidenciou dificuldades relatadas por profissionais para a realização de práticas de promoção da saúde, como: a escassez de recursos humanos e materiais, a falta de processos avaliativos, o pouco envolvimento e articulação da equipe, falta de organização para a realização de grupos e outras atividades de promoção da saúde e ressaltaram a necessidade de cooperação intersetorial para abordar os determinantes sociais da saúde e promover a saúde da comunidade (HEIDEMANN *et al.*, 2018).

Alguns discursos dos entrevistados revelam as dificuldades desses encontros no cotidiano dos serviços de saúde, em que a falta de adesão das próprias mulheres, o desinteresse e descompromisso de outros profissionais da unidade, também são consi-

derados como uma barreira frente à realização do grupo, já que os resultados podem se tornar benéficos para todos.

O acesso à igreja que é o local onde é realizado os encontros, falta de espaço, desinteresse dos profissionais e a falta de material. [E 03]

A adesão das próprias mulheres, a falta de valorização do meu trabalho, falta de ajuda de outros profissionais, muitos deles não veem o valor de um grupo e a falta de materiais pela regional. [E 06]

A barreira que eu acho é a questão da adesão delas, (...) não sei se é porque elas têm mais responsabilidades com casa, é no horário da manhã, tipo 8:30 da manhã que é o horário que a gente tá aqui, então pra fazer almoço, tem outras crianças, vai buscar a criança na escola, então assim, eu acho... a adesão baixa, então eu acho que é a maior dificuldade. [E 07]

Além das dificuldades evidenciadas estudos apontam que uma das dificuldades evidenciadas pelos profissionais da atenção primária consiste na formação do profissional, da falta de sistematização desse conhecimento desde a graduação (ROECKER; NUNES; MARCON, 2013), e que 60% dos profissionais e gestores não receberam conhecimento específico de promoção na sua formação (HEIDEMANN *et al.*, 2018).

A alegação dada por usuários para a não participação em atividades que não seja o acompanhamento médico deve-se ao fato de que tais atividades não condizem com a suas necessidades, por não terem interesse em participar ou por desconsiderarem a existência de tais atividades, mesmo considerando as palestras, por exemplo, uma intervenção importante. Assim, compreende-se que, quando organizadas apenas pela conveniência do profes-

sional, as ações educativas na ESF, incluindo os grupos, podem trazer resultados aquém dos possíveis se programados de forma não participativa (RODRIGUES *et al.*, 2008).

Conforme a vivência dos grupos, as mulheres e os participantes detêm-se em mitos como verdade única, necessitando de intervenção do mediador para discutir a realidade pautada no conhecimento popular e científico, bem como sua própria participação no processo de saúde e doença.

No que concerne às facilidades para a realização dos grupos educativos os entrevistados relataram a afinidade em atuar na área e a “liberação de um dia” pela coordenação da unidade para a realização do grupo, o que eles nem consideram uma facilidade e sim uma obrigação, já que o grupo gera resultados benéficos, o que foi afirmado pelas falas seguintes:

A meu ver, só a liberação do dia mesmo pra fazer o grupo de gestante, que eu acho que se fosse mais de uma vez na semana não teria essa facilidade, tem a facilidade porque como é só uma vez, não atrapalha tanto, porque eles incentivam a gente a montar grupo e tudo, mas por trás eles querem números né? E não é nossa facilidade maior. [E 02]

Eu me identifico muito com a saúde da mulher, com o pré-natal, adoro fazer pré-natal, (...) e isso facilita um pouco. Porque é um assunto que a gente gosta de abordar, né? E busca conhecimento e fica tudo mais fácil. [E 05]

Como forma de contribuição na vida dessas mulheres, os entrevistados consideram que captar a informação e realizar o autocuidado são os principais resultados alcançados por elas através da participação no grupo. Assim como explicitaram nas falas a seguir:

É mais informar mesmo, os direitos dela que ela tem aqui no posto, os serviços que são ofertados, pra ela ser atendida integralmente como mulher, né? Todas elas! [E 01]

Eu acho que melhora o autocuidado. [E 03]

(...) ela passa a se conhecer melhor. (...) Ela sabe o que pode acontecer, o que é que pode fazer com que ela busque um atendimento de urgência ou não, né? E que ela cuide da gestação toda pra que ela fique bem e tudo e tenha uma criança saudável. [E 05]

(...) delas terem informações que antes elas não tinham. E realmente delas terem mais... é... mais apego, mais cuidado com a própria gestação. De não deixar a gestação delas só nas mãos dos profissionais, mas no cuidado delas mesmas. [E 07]

Estudo sobre a atuação dos enfermeiros na educação em saúde com grupos constataram a carência de capacitação e a pouca oportunidade de conhecer os aspectos teóricos e técnicos dessa prática. A falta de conhecimento de um todo sobre o grupo pode ser um fator de dificuldade e comprometer o desenvolvimento do grupo para o usuário, já que é essencial que o enfermeiro esteja preparado (DIAZ *et al.*, 2010).

Alguns outros problemas são enfrentados pelos enfermeiros como o excesso de atribuições na atenção básica, a falta de tempo, a equipe incompleta, gerando um empecilho para o desenvolvimento de mais ações educativas em grupo (ROCHA, 2014).

Dentre os fatores imprescindíveis para garantir um atendimento de qualidade faz-se necessário dispor de uma boa estrutura para acolher a comunidade, recursos humanos capacitados,

salas equipadas, boa ventilação e iluminação, recursos materiais, de modo a favorecer uma melhora na assistência prestada e maior reconhecimento pelas ações desenvolvidas, o que remonta novamente o sentido de qualidade do atendimento (ROCHA, 2014).

Há a necessidade da adequação sobre a linguagem a ser empregada nas atividades. O enfermeiro deve ter essa preocupação, senão o propósito do grupo não vai ser alcançado pelos usuários por não conseguirem assimilar as falas. Faz-se essencial por parte dos enfermeiros, ao desenvolver os grupos, a capacidade de planejamento, flexibilidade e de adaptação com a realidade da vida diária dos usuários e da comunidade, partindo das implicações da educação popular em saúde de construção compartilhada do conhecimento e dos princípios de acessibilidade, do vínculo e a longitudinalidade do cuidar, fatores esses que também estimulam a participação do usuário (SOUZA, 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo possibilitou conhecer a percepção e a prática dos enfermeiros sobre as práticas de promoção da saúde educativas realizadas com gestantes atendidas na Atenção Primária à Saúde.

Os resultados sinalizam para a necessidade de maior interesse por parte dos profissionais da Atenção Primária à Saúde para a concretização de grupos educativos que envolvam não somente as gestantes, bem como as ações de planejamento familiar, prevenção do câncer de mama e colo uterino, infecções sexualmente transmissíveis, climatério, dentre outros temas de interesse da população.

Observou-se por parte dos relatos que os grupos educativos refletem em resultados positivos na APS, por contribuir com a redução dos índices de morbimortalidade materna e neonatal e como complemento de consultas de pré-natal, onde muitas vezes as gestantes não possuem a oportunidade de esclarecerem dúvidas básicas. Além de favorecer a autonomia das mulheres, promover a sua própria qualidade de vida através de orientações gerais e do próprio incentivo por parte dos profissionais para favorecer a adesão das mulheres.

Constatou-se que além das dificuldades mencionadas pelos participantes estarem, principalmente, relacionadas à falta de recursos financeiros e à baixa adesão das gestantes aos grupos, a falta de valorização de seu trabalho, a indisponibilidade de materiais, a falta de alguns insumos necessários contribuem fortemente para o despreparo dos profissionais, gerando um desinteresse em manter os grupos e acabando com uma estratégia de suma importância e facilitadora de processos nos serviços de saúde.

De acordo com os relatos apresentados, podemos verificar que o grupo educativo representa acolhimento, vínculo, companheirismo não só das gestantes com o profissional e a unidade, mas também de umas com as outras, possibilitando assim, um partilhar de vivências e sensações e emoções, onde mesmo com todas as dificuldades existentes, os enfermeiros lutam para seguir em frente buscando uma melhor qualidade de vida para essas mulheres e seus futuros filhos.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Trad. L. A. Rego e A. Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br>. Acesso em: 13 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf. Acesso em: 30 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 20 mar. 2017.

DIAZ, C. M. G.; HOFFMANN, I. C.; COSTENARO, R. G. S.; SOARES, R. S.; SILVA, B. R.; LAVALL, B. C. Vivências educativas da equipe de saúde em unidade gineco-obstétrica. **Cogitare Enferm.**, v. 15, n. 2, p. 364-7, 2010.

FERREIRA NETO, J. L.; KIND, L. **Promoção da saúde: práticas grupais na Estratégia Saúde da Família**. São Paulo: Hucitec, 2011.

FERTONANI, H. P.; PIRES, D. E. P.; BIFF, D.; SCHERER, M. D. A. The health care model: concepts and challenges for primary health care in Brazil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1869-78, 2015.

FRIEDRICH, T. L.; PETERMANN, X. B.; MIOLO, S. B.; PIVETTA, H. M. F. Motivações para práticas coletivas na Atenção Básica: percepção de usuários e profissionais. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 22, n. 65, p. 373-85, 2018.

HEIDEMANN, I. T. S. B.; CYPRIANO, C. C.; GASTALDO, D.; JACKSON, S. *et al.* Estudo comparativo de práticas de promoção da saúde na atenção primária em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil e Toronto, Ontário, Canadá. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 4, 2018.

KARABULUT, O.; COSKUNER, P. D.; DOGAN, M. Y.; CEBECI, M. S.; DEMIRCI, N. Does antenatal education reduce fear of childbirth? **Int. Nurs. Rev.**, v. 63, n. 1, p. 60-7, 2016.

KLEBA, M. E.; COLLISELLI, L.; DUTRA, A. T.; MULLER, E. S. Trilha interpretativa como estratégia de educação em saúde: potencial para o trabalho multiprofissional e intersetorial. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 20, n. 56, p. 217-226, 2016.

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

OLIVEIRA, J. S. B.; SUTO, C. S. S.; SILVA, R. S. Tecnologias leves como práticas de enfermagem na atenção básica. **Rev. Saúde. Com**, v. 12, n. 3, p. 613-621, 2016.

ROECKER, S.; NUNES, E. F. P. A.; MARCON, S. S. O trabalho educativo do enfermeiro na estratégia saúde da família. **Texto Contexto Enferm.**, v. 22, n. 1, p. 157-65, 2013.

ROCHA, P. A. **A prática dos grupos educativos por enfermeiros na atenção primária à saúde.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2014.

ROCHA, P. A.; SOARES, T. C.; FARAH, B. F.; FRIEDRICH, D. B. C. Promoção da saúde: a concepção do enfermeiro que atua no programa saúde da família. **Rev. Bras. Promoção Saúde**, v. 25, n. 2, p. 215-220, 2012.

RODRIGUES, M. P. *et al.* A representação social do cuidado no programa saúde da família na cidade de Natal. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 71-82, 2008.

SOUZA, M. D. **Atuação da enfermeira na educação em saúde grupal em direitos sexuais/reprodutivos na atenção básica.** Tese (Doutorado em Enfermagem) – Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

SARTIA, T. D.; DALLA, M. D.; MACHADO, T. M. *et al.* A implementação de Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade em uma capital da Região Sudeste, Brasil: relato de experiência. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, v. 13, n. 40, p. 1-12, 2018.

SIMÕES, R. R.; PRIMO, C. C.; LIMA, E. F. A.; LEITE, F. M. C. Educação em saúde na atenção à mulher e as contribuições da enfermagem: revisão integrativa. **Revista de enfermagem UFPE**, v. 8, n. 10, p. 3767-3775, 2014.

USTUNSOZ, A.; SENEL, N.; POLLOCK, C. A. Comparison of prenatal education delivered by nurses in Ankara (Turkey) and New Orleans (USA). **J. Clin. Nurs.**, v. 20, p. 7-8, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Ottawa charter for health promotion**. Ottawa: World Health Organization/Health and Welfare Canada/Canada Public Health Association, 1986.

CAPÍTULO 7

TRANSDISCIPLINARIDADE E REDES DE SABERES NA FORMAÇÃO DE RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS E GRADUANDOS EM MEDICINA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Ana Kalliny de Sousa Severo

Antonio Vladimir Félix da Silva

Roberta Carvalho Romagnoli

Ana Karenina de Mello Arraes Amorim

INTRODUÇÃO

Ao longo do século XX, mudanças foram instituídas na formação dos profissionais para atuação no campo da saúde. Estas vêm ocorrendo de forma substancial desde os anos 1974, com a implantação de experiências de integração docente-assistencial (ROCHA *et al.*, 2016). De acordo com a Constituição Federal de 1988, compete ao Sistema Único de Saúde (SUS) ordenar a formação de recursos humanos em saúde. No entanto, existem dificuldades para conciliar as políticas de educação e as políticas de saúde para essa formação (BRASIL, 2006).

Dentro desse cenário de construção de novos paradigmas e consonantes com a Saúde Coletiva, a formação em saúde tem passado por uma reorientação, com o objetivo de superar a influência flexineriana que divide a formação em ciclo básico (em laboratórios) e ciclo clínico (no hospital), além da centralidade

na especialização e no hospital. Esse movimento de superação é impulsionado pelas iniciativas de integração ensino-serviço, voltando-se para as necessidades sociais e de saúde de forma a contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde (CARVALHO; CECCIM, 2009).

Análises acerca da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde e de sua trajetória mostram como a aproximação entre saúde e educação, entre 2003 e 2007, possibilitou a ampliação das ações de educação permanente voltadas à formação profissional (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013). Assim, a aprovação em 2001 das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para os cursos área da Saúde resultou desse movimento, e institucionalizam a formação de profissionais que respondam às demandas do SUS e a perspectiva da promoção de integralidade da atenção em saúde (ROCHA *et al.*, 2016; SAMPAIO, 2016).

Como desdobramentos, surgem algumas propostas instituintes que ganham forma em projetos de fomento às mudanças curriculares lançados pelo Ministério da Educação e/ou Saúde, tais como: o PROMED – Programa de Incentivo à Mudança Curricular nos Cursos de Graduação em Medicina, em 2002; o PRÓ-SAÚDE – Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, em 2005; o APRENDERSUS – Política do Ministério da Saúde, em 2003, que visa estreitamento de relações entre a rede de saúde e as instituições de ensino, ora focando na profissão médica, ora abrangendo outras categorias (PIERETTI, 2014). Esses programas têm em comum a preocupação com a formação de profissionais com espírito crítico e capacitados para os trabalhos coletivos e interdisciplinares.

Na esteira desse processo, elaboraram-se Projetos Pedagógicos dos novos cursos de Medicina criados a partir do Programa Mais Médicos, lançado em 2013, cujas medidas de interven-

ção visam à ampliação do acesso ao SUS e ao fortalecimento do processo de gestão, trabalho e educação na Atenção Básica, “intervindo na qualidade e na integralidade da atenção e no ordenamento da formação médica” (KEMPER; MENDONÇA; SOUSA, 2016, p. 2786).

A incorporação da atenção primária à saúde na formação médica foi uma estratégia para atingir os propósitos da DCNs (PIERETTI, 2014). Nesse sentido, a Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade (SBMFC) e a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) elaboraram diretrizes para a incorporação da atenção primária nos cursos para possibilitar ao estudante o desenvolvimento de uma prática clínica integrada e contextualizada, centrada nas pessoas e permitindo a interdisciplinaridade (DEMARZO *et al.*, 2012).

As experiências nos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) iniciaram-se em 1976 e, em 1999, surge a proposta ministerial de criar um novo padrão de Residência. Neste, não havia interferências nas especialidades das profissões participantes, mas uma área comum seria formada para contemplar aspectos como a promoção da saúde, a integralidade da atenção e o acolhimento (BRASIL, 2006).

Os PRMSs são pautados pela interdisciplinaridade que se expressa, sobretudo, pela inserção das quatorze categorias profissionais da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998), na qual a formação abrange uma atuação de maneira coletiva dentro do mesmo campo, sem negligenciar as especificidades de cada núcleo. São norteadores importantes: a integralidade dos serviços; a promoção em seu cotidiano, da transdisciplinaridade e da intersetorialidade; intervenções sintonizadas com a demanda populacional; elaboração e avaliação dos gestores, formadores, assistência e controle social, baseados na relação ensino-serviço

como ferramenta da educação permanente (SAMPAIO, 2016).

Por conseguinte, PRMSs têm o objetivo de ampliar a reflexão e a percepção acerca das demandas de saúde individuais e coletivas, possibilitando o incremento de saberes e práticas nos núcleos de cada categoria no que tange ao cuidado em saúde. Dessa forma, pressupõe um diálogo mais amplo entre as diversas profissões que se articulam, tanto em suas dimensões específicas (núcleo) quanto em suas dimensões comuns (campo) (SAMPAIO, 2016).

A interdisciplinaridade e a transdisciplinaridade emergem como discussões sobre o saber-fazer e da formação dos profissionais de saúde em busca de sustentar a complexidade de suas ações. Esses modelos de práticas podem ser abordados na conjugação ou na conexão entre as disciplinas. No encontro entre as disciplinas e os saberes, formas endurecidas e corporativistas podem predominar, insistindo na identidade de cada formação ou experimentar se associarem, dando passagem a forças, a agenciamentos potentes. Efetuando uma leitura desses modelos a partir do conceito de rizoma presente nas ideias de Gilles Deleuze e Félix Guattari, Sousa e Romagnoli (2012) destacam os funcionamentos presentes que se distinguem pelos efeitos que produzem. Efeitos estes que podem manter as práticas instituídas, promovendo a reprodução e o reconhecimento da atuação de cada profissão e/ou efeitos de produção e de invenção.

Na prática instituída, que insiste no disciplinar, na lógica tecnicista, como vimos acima, o que se percebe são identidades delineadas por linhas duras, territórios fixos que permitem pouca ou nenhuma troca de saber, mantendo uma posição hierárquica entre as disciplinas, na qual se destaca a posição superior da Medicina, e entre o saber científico e o saber das pessoas das comunidades. Nesse contexto, presenciamos deslocamentos ins-

tituintes que indicam práticas outras através de novos campos de saber-fazer. A interdisciplinaridade já apresenta uma maleabilidade ao permitir uma permuta entre os conhecimentos de cada formação, entre os membros da equipe, embora cada uma ainda tenha delimitada a disciplina que a ampara. A transdisciplinaridade, por sua vez, pressupõe a desestratificação das disciplinas, insistindo em zonas de indeterminação na qual as identidades se diluem e as disciplinas se agenciam, distanciando de dicotomias e verdades. A prática *trans* desestabiliza, indaga, perturba as separações das formações, suas identidades e seus binarismos, engendrando práticas inventivas e inovadoras:

A noção de transdisciplinaridade vai ganhando novos contornos. Não se trata de abandonar o movimento criador de cada disciplina, mas de fabricar intercessores, fazer série, agenciar, interferir. Frente às ficções preestabelecidas, opor o discurso que se faz com os intercessores. Não uma verdade a ser preservada e/ou descoberta, mas que deverá ser criada a cada novo domínio (PASSOS; BARROS, 2000, p. 77).

A transdisciplinaridade sustenta limiares, abrindo para um fazer coletivo do qual faz parte uma problematização ativa e assídua. Nessa direção, para examinar o fazer coletivo e seus impedimentos, podemos entender o campo da Saúde Coletiva como constituído por uma rede de disciplinas que atuam como instituições que se articulam e se interpenetram para regular a saúde, para ordenar as relações entre as profissões e os usuários. A partir da Análise Institucional (LOURAU, 1975), essas conexões se dão no embate de forças contrárias e dialéticas, que em constante transformação e reformulação. Esse movimento pode ser notado no processo de institucionalização no qual estão pre-

sentas forças de conservação e de inovação.

Aguilar-da-Silva, Scapin e Batista (2011) afirmam a necessidade de haver a flexibilidade nos limites das competências para uma ação integral, pois estas não dão conta da complexidade das necessidades de saúde. Na produção do cuidado ou da clínica comum que aí se constrói, faz-se necessário considerar, as singularidades daqueles que demandam cuidado e as diferenças das áreas profissionais. Isso exige a disponibilidade para agenciar diferentes saberes e práticas, além da abertura para dimensões “que se situam entre os núcleos profissionais e não foram ainda colonizadas pelos marcos disciplinares” (CAPOZZOLO *et al.*, 2014, p. 445).

Nos encontros interprofissionais, os estudantes aprendem a aprender juntos sobre si, sobre o outro e sobre as diferentes profissões. Desse modo, a interprofissionalidade está associada ao trabalho em equipe de saúde, com uma constante reflexão sobre os papéis profissionais, a construção de problemas, os processos decisórios “a partir da construção de conhecimentos, de forma dialógica e com respeito às singularidades e diferenças dos diversos núcleos de saberes e práticas profissionais” (VASCONCELOS; STEDEFELDT; FRUTUOSO, 2016, p. 602).

Para conhecermos a formação interprofissional, vamos considerar a interação entre as forças de conservação e inovação, que não é diretamente visível e está em constante mutação e contradição, sendo inerente a todo o processo de institucionalização. Nesse processo, a força instituída opera para a reprodução, produzindo a submissão dos coletivos. Por outro lado, quando temos a insuficiência do instituído, presenciemos a emergência do instituinte via a ação dos coletivos. Forças necessárias e coexistentes para manter as mudanças presentes nas disciplinas e nas instituições e que se manifestam através dos conflitos denunciados pelos

analisadores resultantes da luta do instituído com o instituinte. Os analisadores dizem respeito as relações entre os profissionais, os grupos e as classes de uma instituição, revelando dimensões até então camufladas, encobertas. Para Lourau, a análise de uma instituição somente se faz possível através dos analisadores (LOURAU, 1975). Nesse sentido, pretendemos examinar a experiência da residência multiprofissional que segue por esse viés, esses elementos que circulam como um não-dito, como algo oculto, que gera efeitos no cotidiano da formação profissional.

Como analisadores na formação em saúde no contexto atual podemos perceber: baixo compromisso com o SUS, formação humanística empobrecida, problemas em relação à atuação em equipes multiprofissionais, com pouca abertura para prática interdisciplinar e coletiva, insuficiente impacto no perfil do egresso (ROCHA *et al.*, 2016; PIERETI, 2014; PEDUZZI, 2003). Essas contradições estabelecem ainda uma desvinculação com a realidade sociocultural e torna precária a inserção dos profissionais especialmente nas regiões como o Norte e o Nordeste do país, periferia das grandes cidades, zonas rurais e pequenas cidades do interior.

Nessa perspectiva, os Projetos Pedagógicos do Curso de Medicina e da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF), que regulamentam a formação dos atores sociais envolvidos nesta experiência, têm em comum forças instituintes na educação em Saúde Coletiva, a saber: a educação permanente em saúde e a articulação ensino-serviço-comunidade. Por conseguinte, acompanhamos a experiência da formação interprofissional nas relações estabelecidas entre um grupo de marisqueiras, uma equipe de residentes do PRMSF e graduandos de um curso de Medicina de uma cidade do litoral do Nordeste, além dos encontros coletivos entre preceptores, tutores e residentes. Nessa

conexão, destacamos os tensionamentos, as forças instituídas e instituintes que circulam nesses encontros.

METODOLOGIA: EXPERIÊNCIA DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E FORMAÇÃO MÉDICA

O PRMSF e o Curso de Medicina que participaram desta experiência localizam-se em uma cidade litorânea de um estado do Nordeste. Os cursos são recentes, estando em processo de formação de suas primeiras turmas. Nesta experiência, a equipe de residentes era composta por psicólogos, enfermeiros, farmacêuticos e fisioterapeutas, em seu segundo ano de residência. Ao todo, estavam envolvidos trabalhadores da rede de saúde como tutores e preceptores e, ainda, três ESFs. Os tutores e preceptores tinham por função, respectivamente, trabalhar as relações dos residentes como equipes de saúde e com os profissionais/serviços nos quais eles se inseriam, e trabalhar as relações de cada residente com o seu núcleo profissional. A residência funciona segundo os princípios da Educação Permanente em saúde.

Por sua vez, o curso de Medicina tem como eixo teórico-metodológico o ensino-serviço-comunidade e como áreas de competência profissional: atenção, gestão e educação em saúde. Ele foi inaugurado de acordo com as DCNs de 2001 e com as Normas estabelecidas pelo Grupo de Trabalho de Expansão da Educação Médica de 2010. Além disso, ele está organizado por módulos.

A experiência vivenciada trata da formação interprofissional a partir da articulação ensino, serviço e comunidade, que teve como pistas constituintes: 1º. - participação de um dos autores em um curso realizado pela Universidade Federal da Bahia em parceria com a Articulação Nacional de Mulheres Pescadoras

Artesanais; 2º. - planejamento e execução, por parte de dois dos autores, de três encontros acerca dos temas geradores: vivência do adoecimento, produção de saúde, dificuldades e enfrentamentos e Clínica Ampliada.

Para realização dos três encontros, utilizamos como estratégias metodológicas práticas integrativas grupais, tais como: a) círculo de cultura com estudantes do quarto semestre do Curso de Medicina, módulo Bases dos Processos Psicossociais da Saúde, tendo como recurso o vídeo “Mulheres das Águas” (NOVAES, 2016) que mostra a vida de pescadoras artesanais nos manguezais do Nordeste do Brasil, destacando a luta dessas “mulheres em busca da preservação e demarcação dos territórios pesqueiros, manutenção e ampliação dos seus direitos sociais, melhoria das condições de trabalho e da saúde”; b) grupo focal com mulheres pescadoras artesanais de um dos municípios de uma Planície Litorânea, realizado na Casa das Marisqueiras, com a participação de uma equipe de residentes multiprofissionais e dos alunos e alunas que haviam participado do círculo de cultura; c) roda de conversa entre uma equipe de residentes multiprofissionais e os alunos e os mesmos alunos e alunas do Curso de Medicina; d) roda de conversa com residentes, tutores e preceptores acerca da formação da residência multiprofissional.

Ademais, construímos espaços coletivos de discussão acerca da PRMSF nos quais foi possível colocar em análise a experiência. Isso porque, a partir da perspectiva institucionalista que assumimos, apenas em coletivo é possível empreender processos analíticos das instituições. Assim, nas rodas de conversa, colocamos a instituição “formação profissional” em análise, produzindo questionamentos sobre esse processo a partir das experiências formativas que acompanhamos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO DA EXPERIÊNCIA

A participação das marisqueiras na formação de equipes

Em nossa experiência, um dos analisadores que identificamos em nossa experiência foi o trabalho artesanal das mulheres pescadoras artesanais (PENA; FREITAS; CARDIM, 2011; GOMES, 2012) e sua relação com a instituição saúde a partir de uma análise cartográfica dos processos de subjetivação das marisqueiras. Nesse contexto, a maioria das mulheres é chefe de família e o trabalho artesanal modifica a noção de família, e esta adquire o *status* de núcleo de produção econômica (PENA; MARTINS; REGO, 2013). A análise dos processos de subjetivação das marisqueiras, como nós mostramos a seguir, anuncia singularizações na produção do seu modo de existência e denuncia o agenciamento capitalístico (GUATTARI; ROLNIK, 2010), mostrando as marcas dos atravessamentos institucionais e como operam e não operam a concepção ampla de saúde e os determinantes sociais instituídos pela Política Nacional de Promoção da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

O encontro com as mulheres pescadoras artesanais se deu em clima de convivência, hospitalidade, comensalidade e respeito (BOFF, 2006), encerrando com ciranda e degustação de mariscos e de doce de cajú. Tudo isso mostra como elas se deixaram afetar com o encontro e nos afetaram com seu modo de acolher típico das comunidades tradicionais e, também, com as narrativas de dor e sofrimento ético-político (SAWAIA, 2008).

As mulheres regressaram das águas mais cedo para nos receber. Éramos dois professores, vinte e oito alunos e alunas do Curso de Medicina, quatro residentes multiprofissionais e oito marisqueiras. Sentamos no chão; outros sentaram nas cadeiras e

foram dando lugar às mulheres, à medida que elas iam chegando. Elas expressavam alegria pelo encontro. Uma delas falou da importância de estar diante de profissionais da saúde e chamou a atenção dos futuros médicos: “quando vocês estiverem nos atendendo, olhem nos nossos olhos tais como fazem, agora” e deu como exemplo o atendimento realizado pelo médico cubano que trabalhava na UBS do seu território.

Pouco a pouco a euforia dos alunos e alunas do Curso de Medicina foi dando lugar ao grupo focal: as mulheres pescadoras artesanais. O silêncio foi dando lugar às palavras das mulheres e sem que houvésemos combinado com elas, o foco do grupo foi o tema gerador do círculo de cultura realizado anteriormente: vivência do adoecimento, produção de saúde, dificuldades e enfrentamentos.

As marisqueiras foram falando da liberdade do trabalho artesanal realizado sem patrões ou donos de empresas e das dificuldades de acesso às águas por conta da invasão dos territórios de pesca por eólicas estrangeiras e das dificuldades de comercialização dos mariscos por conta do preço que impõem os atravessadores. Para trabalhar, essas mulheres deixam os filhos com a filha de uma delas na Casa das Marisqueiras, que usa recreação para tomar conta das crianças, tal singularização do cuidado evidencia uma política de amizade (FOUCAULT, 2010), mas também a falta de creche no território e a falta de acesso à educação pré-escolar e escolar.

À semelhança das marisqueiras da Bahia (GOMES, 2012) e das outras pescadoras artesanais da Planície Litorânea que participaram do curso, em janeiro de 2017, durante o grupo focal, as marisqueiras se queixam de dores na coluna, das lesões por esforço repetitivo e de outras doenças ocupacionais, além de inflamações na vagina, que antes de serem curadas por meio de anti-inflamatórios, por questão de sobrevivência e subsistência, elas voltam às

águas, considerando que seu trabalho depende do ciclo lunar e da mudança da maré. Essa poética da existência singular não aponta para a produção da vida como resto, mas para “formas-de-vida” no sentido de vidas que criam para si mesmas normas e produzem “outras políticas” de modo dissonante em relação aos dispositivos de controle governamental, promovendo rupturas, resistências e linhas de fuga à gestão biopolítica (AGAMBEN, 2014). Nesse sentido, também é possível falar na produção de “magra saúde” (DELEUZE, 1997) uma saúde não normativa e sustentada nas singularidades, uma vez que em contextos de produção de modos de vidas precárias (BUTLER, 2000), que ocupam zonas “inóspitas” e “inabitáveis” da sociedade são produzidas diferentes estratégias e recursos que afirmam a diferença no viver.

À diferença das mulheres retratadas, durante nosso círculo de cultura, as marisqueiras, no grupo focal, falam não só da dor e da sensibilidade dos dedos das mãos ao se chocarem com a areia na coroa, falam também da perda de sensibilidade da pele, das pernas e dos pés, depois de tantas picadas de arraia e de cobras e de outros acidentes de trabalho subnotificados pelos serviços de saúde, nos quais a maioria dos profissionais prefere não preencher a ficha correspondente à Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT, direito assegurado pela Previdência Social. Não obstante, muitos homens e mulheres pescadores artesanais desconhecem que têm direitos assegurados, dentre os quais estão: auxílio-doença, auxílio-acidente, seguro-desemprego, mais conhecido como auxílio-defeso (FREITAS, 2014), além do direito à aposentaria por idade e à pensão por morte que corre o risco de ser extinto, caso seja aprovada a reforma da previdência.

Dentre as mulheres, apenas uma usa medicação psicotrópica para dormir. As outras dizem que a dor é muita, mas o cansaço é tanto, que elas dormem e acordam sentindo dor, sem precisar usar medicação. Sem dúvida, a dor aponta para um so-

frimento ético-político haja vista que não existe auxílio-doença correspondente ao tempo de afastamento necessário para que o corpo recupere suas forças.

Ao contrário do que acontece em outros contextos da sociedade contemporânea, nos quais a dor e o sofrimento psicológico são transformados em adoecimento (BRANT; MINAYO-GOMEZ, 2004) e a existência, a depender da psiquiatria como instituição de controle, é medicalizada, no contexto do trabalho artesanal, há o esquecimento da dor para manter a existência e a doença que enfraquece o corpo é transformada em mais dor e sofrimento, expressando a magra saúde que resiste para manter a produção da vida, certo inacabamento consente a necessária fragilidade para que a vida invente outras formas de ser vivida.

Trabalho entre equipe: coengendramento e reinvenção

Nesse analisador destacamos as relações interprofissionais entre os profissionais-residentes, principalmente entre a enfermagem e a psicologia. Ao final do primeiro ciclo de territorialização, quando os profissionais-residentes foram convidados a atuar no seu núcleo profissional, eles se questionavam como isso iria acontecer sem que ocorresse a fragmentação do processo de trabalho e do cuidado ao usuário. Ao longo do tempo, uma das estratégias para a não fragmentação foi a prática da interconsulta. Nelas, os residentes atendiam em conjunto, de acordo com as necessidades dos usuários.

Em uma atividade de reflexão acerca das relações entre as profissões, pedimos que cada profissão falasse acerca da importância da outra profissão. As maiores dificuldades visualizadas diziam respeito à relação entre a enfermagem e a psicologia. A

enfermagem era vista pela psicologia como enrijecida e carente de tecnologias leves de cuidado, enquanto a psicologia era vista como seu oposto. O modo de vivenciar as diferenças profissionais gerava tensões que, muitas vezes, não eram trabalhadas. Tensões entre profissionais residentes, NASFs e ESFs.

Em um dos momentos formativos, uma das residentes de psicologia conta que na experiência da interconsulta com a enfermagem, uma mulher entrou em trabalho de parto na sala de preparo. Nesse momento, ela narra a sensação de impotência com a insuficiência do saber da psicologia e a importância do trabalho da enfermagem naquele processo de atendimento. Em um segundo momento, após a consulta com a enfermagem, a psicóloga-residente, ao entregar um creme vaginal a uma usuária, percebe que ela não sabia como usar. A psicóloga-residente se surpreende com aquela situação, e conta como precisou, em tal encontro, falar do ser mulher, do cuidado de si e do conhecimento do próprio corpo, para então explicar acerca da administração do creme.

Nesse processo, ao mesmo tempo em que se reconhecem as limitações e contribuições dos saberes estruturados, ocorre a invenção a partir de outros saberes sobre o trabalho e sobre a vida. No encontro trabalhadora-trabalhadora e usuária-trabalhadora, o saber construído por uma profissão é incorporado por outra, e as barreiras disciplinares se rompiam, se desmanchavam, em função de um atendimento centrado nas necessidades das usuárias.

Desse modo, percebemos que o fazer não estava definido pela categoria profissional, mas se faz em um processo criativo nas redes de cuidado e de saberes que se conformam. No próprio desenvolvimento da atividade, o saber colaborativo entre a psicologia e a enfermagem vai se afirmando, negando uma perspectiva de comunicação hierarquizada, alterando o isolamento, a individualização e a competição.

Assim, o trabalho em equipe foi tomado como coengendrado que, ao ser produzido nas práticas concretas, “constitui um mundo comum (...) que se realiza num processo de composição” (BARROS; BARROS, 2007, p. 83). Ele não é tomado como definido *a priori*, mas ao ser coengendrado pela via da atividade, torna-se criação, “porque o repertório existente não é suficiente para responder ao movimento da vida” (p. 77).

Relações entre NASFs e ESFs: dos dissensos aos acordos coletivos

Apesar de não ser o foco dos encontros coletivos, as relações/tensões não discutidas entre os profissionais preceptores dos NASFs e ESFs apareciam. Essas tensões diziam respeito às relações entre NASFs e ESFs. As equipes NASFs demandavam às ESFs mais compartilhamento no processo de trabalho e de cuidado, principalmente das enfermeiras que eram gerentes da ESF. Essa ótica de trabalho se chocava com a rotina de trabalho mais individualizada e burocrática da gerência das Unidades.

A enfermeira explicita as dificuldades enfrentadas para a mudança do modelo diante das exigências da gestão municipal. No entanto, termina por pactuar a tentativa de produzir uma outra articulação com o NASF. Os espaços coletivos tornaram-se importantes na medida em que “o encontro é um caminho importante para a convivência com os dissensos e a produção de novos caminhos” (SEVERO, 2014, p. 191). Neles, há produção de alguns desvios nas rivalidades entre equipes diferentes, gerando uma gestão de trabalho compartilhada. Há ainda o aumento do “coeficiente de transversalidade”, pois os profissionais conseguem perceber seus diferentes pertencimentos institucionais.

O conceito de transversalidade criado por Guattari (2004) propõe a realização de uma comunicação máxima entre os diferentes níveis e, sobretudo, nos diferentes sentidos, transformando a relação entre os profissionais, desestabilizando as fronteiras dos saberes e dos poderes. É o próprio objeto da busca de um “grupo sujeito” (GUATTARI, 2004, p. 96), dispositivo produtor de novas realidades. É no encontro com o coletivo que ocorre o processo de transversalização, com possibilidades de dissensos sem que isso seja interpretado em um grupo como um fator de fragmentação ou extinção desse grupo, proporcionando a produção de novos modos de funcionamento, que ultrapassam a gestão puramente hierarquizada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A formação em Saúde Coletiva apresenta uma série de desafios para os quais a busca de construções inventivas e instituintes é uma constante. Construções que envolvem a importância do coletivo, da sustentação de transversalidades e de posturas críticas que sustentam o fazer cotidiano em saúde.

Na experiência analisada nesse texto, foi necessário que o encontro trabalhadores-estudantes-usuários, nos quais os processos de subjetivações dos usuários e usuárias anunciam singularizações na produção do seu modo de existência, que precisa produzir transversalizações no instituído na formação, operando na mudança e/ou ampliação na concepção de saúde (BRASIL, 2006).

Além do que, a partir dos acontecimentos vivenciados no cotidiano do cuidado, foi necessário que os saberes isolados das profissões fossem reconhecidos como limítrofes e/ou insuficientes para o atendimento às necessidades dos usuários, e outros

foram reinventados, a partir do diálogo com a vida e o trabalho, produzindo uma assistência em espaços/encontros antes não previstos.

Podemos, assim, concluir que o encontro de saberes disciplinares, profissionais e também dos saberes populares e advindos da vida cotidiana, permitiu a produção de sutis redes de saberes que promoveram deslocamentos de algumas práticas e formas de pensar com repercussões na formação em Saúde Coletiva, assim como na atenção ali desenvolvida na interface ensino-serviço-comunidade.

REFERÊNCIAS

AGAMBEN, G. **Altíssima pobreza**: regras monásticas e forma de vida. São Paulo: Boitempo, 2014.

AGUILAR-DA-SILVA, R. H.; SCAPIN, L. T.; BATISTA, N. A. Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe. **Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior** (Campinas), Sorocaba, v. 16, n. 1, p. 165-184, mar. 2011.

BARROS, M. E. B.; BARROS, R. B. A potência formativa do trabalho em equipe no campo da saúde. *In*: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E. B.; MATTOS, R. (Orgs.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade**: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2007, p. 12-27.

BOFF, L. Os impasses da expressão “desenvolvimento sustentável”. *In*: MINISTÉRIO DO MEIO AMBIENTE (Org). **Caderno de Debate e Sustentabilidade – agenda 21**. Ética e sustentabilidade. Brasília: Ministério do Meio Ambiente, 2006.

BRANT, L. C.; MINAYO-GOMEZ, C. A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 213-223,

2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000100021&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 687, de 30 de março de 2006**. Aprova a Política de Promoção da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução n. 287, de 08 de outubro de 1998**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BUTLER, J. Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do “sexo”. *In*: LOURO, G. L. (Org.). **O corpo educado: pedagogias da sexualidade**. Belo Horizonte: Autêntica, 2000, p. 151-172.

CAPOZZOLO, A. A. *et al.* Narrativas na formação comum de profissionais de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 443-456, ago. 2014.

CARVALHO T. M.; CECCIM R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. *In*: CAMPOS, G. W. S. *et al.* (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 137-186.

DELEUZE, G. **Crítica e Clínica**. São Paulo: Editora 34, 1997.

DEMARZO, M. M. P. *et al.* Diretrizes para o ensino na atenção primária à saúde na graduação em medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 143-148, mar. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000100020&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 out. 2017.

DIAS, H. S.; LIMA, L. D. de; TEIXEIRA, M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1613-1624, jun. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000600013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 out. 2017.

FOUCAULT, M. Da amizade como modo de vida. *In*: FOUCAULT, M. **Ditos e escritos**. v. VI. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010. p. 348-353.

FREITAS, C. E. S. *et al.* Previdência Social, Segurados Especiais e Marisqueiras. *In*: PENA, P. G. L.; MARTINS, V. L. A. (Org.). **Sufrimento Negligenciado**: doenças do trabalho em marisqueiras e pescadores artesanais. Salvador: EDUFBA, 2014. p.271- 287.

GOMES, T. M. D. **Mulheres das águas**: significações do corpo-que-trabalha-na-maré. 2012. 130f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012.

GUATTARI, F. A transversalidade. *In*: GUATTARI, F. **Revolução molecular**: pulsações políticas do desejo. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 2004.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica**: cartografias do desejo. 10. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2010.

KEMPER, E. S.; MENDONÇA, A. V. M.; SOUSA, M. F. de. Programa Mais Médicos: panorama da produção científica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2785-2796, set. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902785&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 out. 2017.

LOURAU, R. **A análise institucional**. Petrópolis: Vozes, 1975.

NOVAES, B. **Mulheres das Águas** (Documentário). Brasil: UFRJ/Fiocruz, 2016.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. de. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 16, n. 1, p. 71-79, abr. 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722000000100010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 out. 2017.

PEDUZZI, M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 75-91, mar. 2003.

PENA, P. G. L.; FREITAS, M. do C. S. de; CARDIM, A. Trabalho artesanal, cadências infernais e lesões por esforços repetitivos: estudo de caso em uma comunidade de marisqueiras na Ilha de Maré, Bahia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 8, p. 3383-3392, ago. 2011.

PENA, P. G. L.; MARTINS, V.; REGO, R. F. Por uma política para a saúde do trabalhador não assalariado: o caso dos pescadores artesanais e das marisqueiras. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 38, n. 127, p. 57-68, jun. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572013000100009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 out. 2017.

PIERETTI, A. C. de S. **Superando a aridez do semiárido: encontros entre saúde mental e saúde da família na formação de médicos no alto sertão paraibano**. 2014. 87 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014.

ROCHA, M. N. D. *et al.* Revisão da produção científica brasileira sobre o ensino de graduação em saúde (1974-2011). In: COELHO, M. T. A. D.; TEIXEIRA C. F. S. (Org.). **Interdisciplinaridade na educação superior: o Bacharelado em Saúde**. Salvador: EDUFBA, 2016, p. 25-42.

ROMAGNOLI, R. C.; SOUSA, L. S. Considerações acerca da articulação clínica, rizoma e transdisciplinaridade. **Mnemosine**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 72-89, 2012. Disponível em: <http://www.mnemosine.com.br/mnemo/index.php/mnemo/article/viewFile/448/787>. Acesso em: 13 out. 2017.

SAMPAIO, A. T. L. Formação e Educação Permanente em Saúde: desafios pedagógicos para um modelo de atenção integral no Brasil. In: CASTRO J. L.; VILAR, R. L. A.; OLIVEIRA, N. H. S. (Orgs.). **As trilhas e os desafios da gestão do trabalho e da educação na saúde**. Natal: UNA, 2016. p. 151-177.

SAWAIA, B. B. **As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social**. 8. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

SEVERO, A. K. S. **A institucionalização da supervisão na reforma psiquiátrica brasileira: (re)produção de controles e desvios junto às equipes de saúde mental**. 2014. 255 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2014.

VASCONCELOS, A. C. F. de; STEDEFELDT, E.; FRUTUOSO, M. F. P. Uma experiência de integração ensino-serviço e a mudança de práticas profissionais: com a palavra, os profissionais de saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 147-158, mar. 2016.

CAPÍTULO 8

POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: CONTEXTO HISTÓRICO E ESTRATÉGIAS PARA A SUA EFETIVAÇÃO

Lúcia de Fátima Rocha Bezerra Maia

Lucia Conde de Oliveira

Maria Sônia Lima Nogueira

INTRODUÇÃO

Este trabalho objetiva refletir sobre a Política de Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde, com enfoque nas bases teórico-metodológicas do campo Saúde do Trabalhador e nas contribuições e relevância da Saúde do Trabalhador para a Saúde Coletiva. Estudo de natureza qualitativa, na qual se buscou compreender a construção do campo Saúde do Trabalhador e sua interface com a Saúde Coletiva, ancorados nos autores que abordam a temática (LACAZ, 2007).

A saúde do trabalhador (ST), como área do conhecimento, de investigação e de intervenção na realidade social, contempla um conjunto de determinações sociais, culturais, econômicas e políticas, cujo contexto histórico apresenta novas configurações nos primórdios do século XXI.

Assim, compreender o campo da saúde do trabalhador em um contexto de crise estrutural do capital demanda uma atitude política e reflexiva sobre a realidade, sobretudo pelos impactos

das transformações sociais, que demonstram suas refrações na esfera do trabalho e seus desdobramentos sobre a sociabilidade humana na contemporaneidade.

CONSTRUÇÃO DO CAMPO DA SAÚDE DO TRABALHADOR

A Saúde do Trabalhador é campo de práticas e conhecimentos, cujo enfoque teórico-metodológico, no Brasil, emerge da Saúde Coletiva, buscando intervir nas relações trabalho e saúde, considerando o novo ator social: a classe operária industrial, em uma sociedade caracterizada por mudanças políticas, econômicas e sociais. Portanto, a área de saúde do trabalhador tem relação com o pensamento de Karl Marx, desde a sua concepção e a realização de seus objetivos no campo da execução das políticas públicas em saúde (VASCONCELLOS, 2007).

Nessa direção, o campo da Saúde do Trabalhador, como integrante da Saúde Coletiva, constitui-se como espaço interdisciplinar, no qual o trabalho é percebido como um dos principais determinantes sociais da saúde. Ao considerar a complexidade de seu objeto, o campo da ST contempla ações voltadas para a promoção, a prevenção e a assistência, tendo o trabalhador, individual e coletivo, como sujeito de um processo de mudanças (LACAZ, 1996).

A saúde do trabalhador, como manifestação das contradições das relações sociais de produção, abrange o componente ético-político que embasa os princípios do Sistema Único de Saúde e direciona as ações em busca de efetivar as condições objetivas de trabalho. Nessa possibilidade, ancorado no pensamento de Gramsci, Olivari (2010) assinalam que o campo da saúde do trabalhador é produto de luta, um espaço privilegiado, no qual os

diversos atores sociais, incluindo os trabalhadores, técnicos, gestores, empresários, sindicatos buscam traçar alianças, confrontar os seus projetos e disputar a hegemonia.

A nova ordem do capital sobre o trabalho concorreu para a ampliação do campo da saúde do trabalhador, sobretudo pelo impacto dos novos padrões de acumulação capitalista, uma vez que a reestruturação produtiva gerou mudança na configuração do trabalho que repercutiu sobre a saúde dos trabalhadores. Nessa direção, os avanços político-legais abrangem a concepção ampliada de saúde e sua regulação como direito universal e a inserção da saúde do trabalhador no campo da saúde coletiva e das políticas públicas (MENDES; WÜNSCH, 2011).

A área saúde do trabalhador reveste-se de contradições produzidas pela relação capital e trabalho e pelo reconhecimento do trabalhador como sujeito político. Dessa forma, ela manifesta “o esgotamento de um modelo hegemônico que atravessou décadas, [...], circunscrito num arcabouço legal e conservador, que reconhecia um risco socialmente aceitável e indenizável à lógica do capital dos acidentes de trabalho” (MENDES; WÜNSCH, 2011, p. 464).

Assim, a relação entre saúde e trabalho remonta à história social do trabalho desde os primórdios da sociabilidade humana, cuja relação requer respostas políticas, teóricas e sociais. Deve-se, portanto, compreender o significado do trabalho e sua metamorfose, entendendo o trabalho, como processo dinâmico, no qual representa para o trabalhador sua história individual e coletiva (MENDES; WÜNSCH, 2011).

Ao refletir sobre a saúde do trabalhador, é primordial a análise do processo de trabalho, com base na teoria social marxiana, e o reconhecimento do trabalhador como ser social, capaz de lutar pelo direito à saúde e ao trabalho que não o agrida física e mentalmente.

A saúde do trabalhador, como campo de conhecimento, relacionada a uma área ou programa de saúde, surgiu em 1970, contemplada pelo discurso da saúde coletiva, sobretudo no contexto dos debates da reforma sanitária brasileira, influenciada pelo movimento da reforma sanitária italiana, de inspiração operária, e fundamentada na medicina social latino-americana (VASCONCELLOS, 2007).

Nos primórdios dos estudos sobre as relações saúde-trabalho, a base teórica pautava-se pelas dimensões técnicas, políticas e institucionais da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional. No entanto, essa realidade foi ultrapassada, principalmente pela incorporação de novas categorias de análise, destacando-se a ampliação do objeto de intervenção sobre os processos e ambientes de trabalho, agregando outras dimensões sociais e econômicas; intervenção da saúde pública sobre os determinantes sociais; a atuação do trabalhador, como sujeito e protagonista (VASCONCELLOS, 2007).

A Constituição Federal de 1988 incorporou o campo de saúde do trabalhador no âmbito do direito universal à saúde e à competência do SUS, conforme os Artigos 196 e 200. Com o advento do SUS e sua regulamentação pela Lei n. 8.080/90, o qual definiu em seu artigo 6º que a ele caberá atuar na saúde do trabalhador, abrangendo a assistência, a vigilância e o controle dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, como na promoção da saúde, cujas atribuições foram delineadas politicamente no âmbito da II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (CNST), em março de 1994.

Consoante as deliberações da II CNST, o SUS constitui a instância do Estado que deve coordenar e nuclear as ações voltadas para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde dos trabalhadores (BRASIL, 1994). No entanto, essa realidade não se efetivou na década de 1990, sobretudo pela fragilidade do

Ministério da Saúde no campo da saúde do trabalhador. Dessa forma, o Ministério do Trabalho e Emprego assumiu as ações, promulgando as portarias que regulamentam as ações de controle à saúde do trabalhador.

Historicamente, as ações de saúde do trabalhador foram implementadas por meio de um movimento político-ideológico, denominado “Programas de Saúde dos Trabalhadores” (PSTs), destacando as experiências realizadas em São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Bahia, Rio Grande do Sul, abrangendo o meio urbano e o rural, a partir de 1984-85 (LACAZ, 1997). Essas ações caracterizavam-se pela reflexão crítica sobre a realidade dos trabalhadores, buscando compreender a relação entre trabalho e saúde, revelando o seu aspecto transformador no que se refere à participação do trabalhador no planejamento e nas intervenções.

A compreensão conceitual do campo da saúde do trabalhador considera o social como determinante das condições de saúde, reconhecendo a necessidade de intervir no processo de adoecimento e no desenvolvimento de ações de promoção da saúde. Conforme preconiza Dias (1994), os programas de saúde devem abranger a proteção, a recuperação e a promoção da saúde do trabalhador de forma integrada, alcançando todos os trabalhadores.

Nessa direção, Mendes e Wunsch (2011) assinalam que essas ações devem considerar as mudanças nos processos de trabalho, sendo primordial que a intervenção esteja embasada na perspectiva transdisciplinar e intersetorial, com a valorização da participação dos trabalhadores.

Nesse horizonte, a área da saúde do trabalhador deve transpor os conhecimentos da medicina do trabalho, no intuito de apreender a relação capital-trabalho, na qual a saúde e o acidente de trabalho revelam as refrações das desigualdades sociais produzidas por esse conflito (MENDES, 2011).

O campo político e teórico sobre a saúde do trabalhador pauta-se pela construção de uma base legal e normativa que contemple diretrizes políticas para a atenção e a promoção da saúde do trabalhador, com destaque para Portaria nº 1.679, de 19 de setembro de 2002, a qual inaugurou a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), com ênfase nas ações assistenciais.

No processo de construção dessa portaria, os profissionais dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) e setores do movimento dos trabalhadores reconheceram a importância de institucionalização e fortalecimento da saúde do trabalhador no SUS. Nessa direção, desde 2003, a Área Técnica de Saúde do Trabalhador vem estimulando a implementação da RENAST como a principal estratégia da Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST) para o SUS (BRASIL, 2004).

Desde o período de 1990, a Área Técnica de saúde do trabalhador do Ministério da Saúde vem realizando capacitação voltada para as ações de Vigilância e Atenção Básica da Saúde; além de elaborar protocolos, normas e diretrizes, com destaque para a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST) em 1997; a lista de doenças relacionadas ao trabalho e o Manual de procedimentos para orientar as ações de saúde do trabalhador na rede de serviços de saúde, publicado em 2001.

Procedeu-se a constituição de um Grupo de Trabalho Interministerial (Ministérios da Saúde, do Trabalho e Emprego e da Previdência Social), que elaborou a proposta de uma “Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador, submetida à consulta pública, por meio da Portaria Interministerial nº 800, de 03 de maio de 2005. Essa Portaria foi objeto de discussão na 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e, após receber

contribuições, foi aprovada. Afirma-se que a expressão “segurança do trabalho” demonstrou um retrocesso conceitual do campo político da saúde do trabalhador. Nesse contexto, assinala-se que a hegemonia do marxismo no debate da saúde coletiva vem esvaecendo-se, cuja realidade é percebida nos documentos técnicos que abordam o campo de saúde do trabalhador.

Conforme Olivar (2010), historicamente a área da saúde do trabalhador percorreu de forma periférica e contra-hegemônica no âmbito da saúde pública e coletiva, demonstrando uma indefinição institucional, que corroborou a ideia do seu “enraizamento institucional tardio”. No entanto, no contexto contemporâneo à saúde do trabalhador caminha no cenário de tensão entre o direito à saúde e a ofensiva neoliberal.

Compreender a centralidade do trabalho (ANTUNES, 2010) no contexto da dinâmica da vida humana remete a dimensão das contradições que o trabalho encerra, uma vez que atende às necessidades básicas, e em oposição também apresenta a organização do trabalho na lógica do capital, podendo produzir agravos à saúde (MENDES; WÜNSCH, 2011).

As múltiplas determinações que configuram o processo saúde-doença incluem a relação entre o capital e o trabalho na busca de apreender as manifestações que afetam a dimensão física, social e psicológica dos trabalhadores. Nessa direção, Dias (1994, p. 28) assinala que a forma particular de inserção do trabalhador no processo produtivo revela os impactos do trabalho sobre sua saúde.

Na interpretação de Dias (1994), o trabalho abrange a dimensão histórica e social, no qual o trabalhador compartilha momentos de vida e de adoecimento, sobretudo pela sua inserção no processo produtivo.

Dessa maneira, a saúde do trabalhador é compreendida no contexto da divisão social e técnica do trabalho, ampliando a percepção de que “o processo de trabalho como espaço concreto de exploração [...] e a saúde do trabalhador como expressão, igualmente concreta, desta exploração” (LAURELL; NORIEGA, 1989, p. 23).

No sistema capitalista, o trabalho caracteriza-se pela precarização das relações sociais, flexibilização, polivalência das funções, desemprego estrutural e implementação de tecnologias, com salários em declínio e/ou instáveis (ALVES, 2005).

Nessa direção, pode-se afirmar que a reestruturação produtiva resultou em mudanças na organização do trabalho, na necessidade de novos conhecimentos humanos e tecnológicos e nos determinantes do processo saúde-doença dos trabalhadores. Desse modo, Dias (1994) considera que esse contexto afetou o perfil de morbidade e mortalidade relacionada ao trabalho, contribuindo para alterar as práticas de saúde.

Considerando o aspecto histórico do desenvolvimento do campo da Saúde do Trabalhador, denota-se, em sua trajetória ao longo das duas últimas décadas, uma realidade contraditória, uma vez que há um hiato entre a construção do arcabouço jurídico e sua aplicabilidade, expressa pelos desafios para a implantação da política.

Ao refletir sobre a Política Nacional de Saúde do Trabalhador, Gomes e Lacaz (2005, p. 798) reconhecem os limites para a implementação dessa política, destacando a carência de diretrizes e estratégicas, e de profissionais capacitados politicamente para efetivar as ações.

[...] inexistência de um quadro referencial de princípios norteadores, diretrizes, de estratégias, de metas precisas e de um corpo profissional técnico-político preparado, integrado e estável, capaz de garantir a efetividade de ações para promover a saúde dos trabalhadores, prevenir os agravos e atender aos problemas existentes [...].

Ao se referir a importância de profissionais capacitados, os autores consideram que estes devem atuar de forma intersetorial, considerando o processo de mudanças que ocorrem nas relações de produção e de trabalho. Afirmam ainda que “o papel desse quadro técnico é muito relevante na atual conjuntura de evidente crise de representatividade e de débil poder de pressão das instâncias de controle social [...] e dos movimentos dos trabalhadores” (GOMES; LACAZ, 2005, p. 798).

Nessa direção, Lacaz (2010) reconhece a expansão das ações de Saúde do Trabalhador, sinalizando que alguns serviços apresentam dificuldades no que se refere às dimensões estruturais, recursos materiais, profissionais, dentre outros aspectos. Por conta disso, observa-se a falta de iniciativas de caráter intersetorial para o desenvolvimento de ações no setor saúde.

A sociedade brasileira deve envidar esforços no intuito de galgar avanços nas políticas públicas de atenção integral em Saúde do Trabalhador que desenvolvam ações no âmbito do cuidado ampliado à saúde, abrangendo a assistência, promoção, vigilância e prevenção dos agravos relacionados ao trabalho.

REDE DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO TRABALHADOR DO SUS

A proteção social representa a estruturação de políticas sociais que se efetivam pela intervenção do Estado, no intuito de obter a satisfação das necessidades humanas. Essas políticas expressam as contradições da sociedade capitalista. A seguridade social pode ser materializada por meio de políticas públicas que atendam aos contextos de vulnerabilidade social, proveniente das relações sociais de produção e da dinâmica dos ciclos vitais.

Considerando o campo da saúde do trabalhador, Mendes e Wunsch (2011) exprimem a ideia de que a proteção social passa a delimitar as condições de vida da classe trabalhadora, além de sinalizar as condições de reprodução social proveniente do ofensivo movimento do capitalismo sobre o trabalho humano.

No Brasil, a Seguridade Social abrange as três políticas sociais como constitutivas da proteção social: a Saúde, a Previdência Social e a Assistência Social, demonstrando avanço no campo da política de saúde, pela sua universalidade, e pelo reconhecimento da Assistência Social como política pública. Emerge uma nova relação entre o Estado e a sociedade, caracterizada pela descentralização e participação dos cidadãos.

Reconhecendo as conquistas preconizadas pela Carta Magna de 1988, o conceito de seguridade social compreende os direitos sociais previstos no Art. 6º da Constituição Federal, os quais devem ser contemplados por um sistema de proteção social que sobrepuje a dimensão contratualista do seguro social, e caminhe na efetivação de uma cidadania com direitos universais e equânimes (BOSCHETTI, 2004).

A seguridade social no Brasil, inscrita na Carta Constitucional de 1988, não foi implementada como tal e o seu desenho

inicial está sendo modificado, em relação aos direitos e ao alcance social. Lopes da Silva (2012) afirma que os fatores limitadores de implementação da seguridade social no Brasil abrangem a condição contemporânea do trabalho, marcada pelo desemprego elevado e prolongado, as relações de trabalho precarizadas e o crescimento da economia informal.

A crise estrutural do capital globalizado, ocorrido nos anos 1970, contribuiu para o fim do regime autocrático brasileiro, instaurado em 1964, corroborando a institucionalização legal das reivindicações dos movimentos sociais na Constituição de 1988, destacando o Sistema Único de Saúde. A sociedade brasileira, na década de 1980, presenciou um processo de democratização política e uma crise na economia, estendendo-se ao mundo do trabalho contemporâneo. A transição democrática não redundou em ganhos materiais para a massa da população, pela abordagem conservadora após 1988.

A realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, representou um momento político e histórico, com a participação da sociedade no cenário de discussão sobre a política da saúde. Os debates emergiram dos fóruns específicos e da participação de entidades representativas da população: moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais e parlamento. Como resultados desses debates emergiram a proposição da criação do Sistema Único de Saúde e da Reforma Sanitária.

O movimento sanitário incorporou a luta contra-hegemônica à racionalidade da política de saúde, do Estado brasileiro e do modelo de sociabilidade capitalista. Esse movimento era constituído pelos diversos segmentos que apregoavam uma nova ordem societária, ancorados pela busca emancipatória; e os que, em contraposição, preconizavam um melhoramento da ordem burguesa, com ênfase na socialdemocracia (SOARES, 2012).

Conforme Bravo (2008, p. 100), a hegemonia neoliberal no Brasil constitui o principal responsável “pela redução dos direitos sociais e trabalhista, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e educação”. A autora afirma que a Saúde vinculou-se ao mercado, instalando-se as parcerias com a sociedade civil, a qual assume os custos da crise. Nesse cenário político, dois projetos convivem em tensão: o projeto de reforma sanitária, e o projeto de saúde articulado ao mercado ou privatista, hegemônico na segunda metade da década de 1990.

O Projeto de Reforma Sanitária, proveniente de mobilização dos profissionais de saúde e da articulação com o movimento popular, tem como uma de suas estratégias, o Sistema Único de Saúde. Esse projeto preconiza a atuação do Estado em função da sociedade, apoiando-se na concepção de Estado democrático, responsável pelas políticas sociais e pela saúde. Em oposição, destaca-se que o projeto de saúde, pautada pela política de ajuste e vinculada ao mercado, ou a reatualização do modelo médico assistencial privatista, preconiza a contenção dos gastos com a racionalização da oferta e a descentralização com a isenção de responsabilidade do poder central (BRAVO, 2008).

No primeiro mandato do governo Lula, em 2003, assisteu-se a uma nova etapa de contrarreforma na política de saúde, pela continuidade à política econômica conservadora e ao subfinanciamento da seguridade social.

Nesse momento histórico, a Política de Saúde depara-se com três projetos em confronto: o projeto privatista, o projeto do SUS possível e o projeto da reforma sanitária. O projeto do SUS possível é defendido por algumas lideranças do Movimento Sanitário que com base nos limites da política econômica advogam a flexibilização da reforma sanitária, definindo esse proces-

so de reatualização e de modernização. Este projeto corrobora a ampliação dos espaços do projeto privatista e, apesar de suas lideranças não reconhecerem, os dois projetos estão imbricados pautados em uma mesma racionalidade que avança na disputa hegemônica (SOARES, 2012).

O Ministério da Saúde institui legalmente um modelo de organização para gerir as unidades de saúde, apregoando a defesa da reforma sanitária e a redefinição da concepção de público estatal como forma de estabelecer o consenso e a adesão dos segmentos do movimento social da saúde. Soares (2012, p.100) exprime a ideia de que

[...] cria-se uma entidade que se afirma ser meio público e meio privada, aglutinando os interesses do espaço público e a eficácia e agilidade da lógica privada. [...] No concreto, na materialidade do real, é impossível tal constituição, tendo em vista que ao dispor de instrumentos da lógica privada na gestão, tal entidade constitui-se um ente privado.

Pode-se afirmar que no governo Lula ocorreu a redução do padrão de proteção social à assistência social, ressaltando que a seguridade social – saúde, previdência e assistência – consolidou-se como uma política “focalista” e seletiva.

No governo Dilma Rousseff, presencia-se a mesma orientação no que concerne a política de saúde. Essa realidade é percebida pelas ações do governo que tencionam essa política pela institucionalização de pactos, planos de desenvolvimento e da elaboração de um projeto de privatização das políticas sociais representado pelas fundações estatais de direito privado (SOARES, 2012).

Considerando a afirmação de que as relações político-sociais estão mediadas pela dinâmica das relações econômicas de

exploração do capital/trabalho, é primordial estabelecer a relação das políticas sociais com a base econômica, no movimento contraditório do capitalismo em sua fase monopolista. Com a sociabilidade capitalista e a divisão social do trabalho emergiram as dualidades entre o individual e o coletivo, entre o público e o privado. O público e o privado situam-se historicamente, vinculados aos limites da sociedade capitalista e da lógica de produção e reprodução da vida sob o domínio do capital.

Nesse contexto, deve-se refletir sobre as políticas de proteção à saúde do trabalhador. Mendes e Wunsch (2011, p.473) pontuam as contradições históricas do modelo da seguridade social, cuja realidade repercute sobre o trabalho e a saúde do trabalhador. As autoras assinalam que “[...] Factualmente o que se constata é que as refrações das expressões do trabalho presentes na saúde do trabalhador são respondidas pelo Estado de forma insuficiente”.

Ao refletir sobre a proteção social voltada para a saúde do trabalhador, busca-se a elevação do papel do Estado no que concerne a perspectiva contra-hegemônica dos trabalhadores frente à imposição do capital sobre o Estado. Reconhece-se que as conquistas nesse campo são produtos históricos, de luta dos trabalhadores pela efetivação de seus direitos (MENDES; WÜNSCH,2011).

Nessa linha de compreensão, Mendes e Wunsch (2011) exprimem a ideia de que a saúde do trabalhador constitui-se um processo dinâmico, social, político e econômico, com diferentes expressões de agravos relacionados ao trabalho e à vida social, cuja realidade necessita de articulação de conhecimentos e de intervenções que sejam capazes de mudar as condições do processo saúde-doença e de proteção social.

A saúde do trabalhador galgou conquistas na dimensão jurídico-institucional que incluem direitos sociais, os quais na prática se deparam com dificuldades para a sua efetivação, sobretudo pelo contexto da política neoliberal de desmonte do serviço público e pelo recuo do movimento social dos trabalhadores.

Afirma-se, portanto, a importância da consolidação do conceito de saúde como direito do cidadão e dever do Estado e das conquistas jurídico-institucionais. No entanto, a política de saúde no Brasil passou por momentos de retrocesso, uma vez que as diretrizes de saúde como direito são indagados pela ideologia conservadora, emergindo propostas de normatizações que intencionam fortalecer a contrarreforma do Estado no que concerne as políticas sociais, e de forma específica a área da saúde (OLIVAR, 2010).

Nesse horizonte, constrói-se a saúde do trabalhador no Brasil, caracterizando-se como campo político, tensionado por resistências intra e intersetoriais, expressando uma realidade institucional híbrida, composta pelo Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Previdência Social e Ministério da Saúde, demonstrando a fragmentação de suas ações.

A criação de uma rede de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde emergiu como fruto de uma análise crítica em relação à atuação dos Centros de Referência e dos Programas de Saúde do Trabalhador, destacando que eles não estabeleciam vínculos com as estruturas orgânicas de saúde, mantendo-se isolados. Assim, embora os Centros de Referência constituísse estratégica para a consolidação da área de saúde do trabalhador no SUS, constatou-se um esgotamento de sua capacidade de contribuir para novos avanços.

Ao refletir sobre essa realidade, reconhece que a estratégia de nuclear as ações de Saúde do Trabalhador em Centros de Referências contribuíram para ampliar os conhecimentos e as expe-

riências nesse campo; embora a área permanecesse à margem das políticas de saúde.

[...] se por um lado, a estratégia adotada de nuclear as ações de Saúde do Trabalhador em Centros de Referências permitiu avanços setoriais, acúmulo de experiências e conhecimentos técnicos, capacitação dos profissionais, facilitando, ainda que de modo fragmentado, a luta dos trabalhadores por melhores condições de vida e de trabalho, por outro, tem contribuído para manter a área à margem das políticas de saúde do SUS, na medida que estes centros têm “ficado de fora” do sistema como um todo (HOEFEL; DIAS; SILVA, 2005, p. 63).

Nesse sentido, a marginalidade institucional e a falta de recursos suscitaram um debate na coordenação nacional de saúde do trabalhador, entre 1999 e 2002, no sentido de rever a estrutura da área. Por isso, afirma-se a importância de garantir a inserção de suas práticas assistenciais e de vigilância em todos os níveis do modelo técnico-assistencial adotado pelo SUS.

Em 1999, realizou-se em Brasília o “Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador: desafios para a construção de um modelo estratégico”, evento que reuniu representantes de órgãos públicos, setores governamentais, como Ministério da Saúde, Ministério do Desenvolvimento, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), universidades, movimentos sindicais, Central Única dos Trabalhadores (CUT), entre tantos outros.

Esse encontro revestiu-se de relevância social e política, visando primordialmente avaliar a trajetória da Saúde do Trabalhador desde a Constituição Federal, refletindo o cenário que contemplava o mundo do trabalho e propondo novas formas de

atuação para a promoção da saúde dos trabalhadores, fundamentando o planejamento de ações da área no Brasil, no que tange a vigilância, a assistência, a informação e a formação de recursos humanos (BRASIL, 2004).

A Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) objetiva criar uma rede, articulando as ações de saúde do trabalhador no contexto do SUS, conferindo organicidade aos serviços no país e visibilidade à área na estrutura do SUS.

A RENAST emerge no contexto da rede SUS, visando criar interações entre os serviços de saúde do trabalhador, a rede de saúde do Brasil e demais segmentos da sociedade, comprometidos com a saúde dos trabalhadores.

Ao longo da década de 1990, foram traçadas estratégias que visavam consolidar a área de Saúde do Trabalhador com destaque para a realização da 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, em 1994; a elaboração da Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST - Portaria 3.908/98); a publicação da Portaria nº 3.120/98, que instituiu a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador; e da Portaria nº 1.339/99, que instituiu a Listagem de Doenças Relacionadas ao Trabalho. Nesse cenário, integrantes da área técnica da Coordenação de Saúde do Trabalhador (COSAT), vinculada à Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, elaboraram uma proposta para a constituição de uma RENAST.

Considerando a dispersão das ações nos Centros e Programas de Saúde do Trabalhador, os técnicos da COSAT propuseram a criação de uma rede que integrasse os diversos programas e profissionais de saúde do trabalhador. Em agosto de 2000, um encontro, realizado em Brasília, debateu a criação da Rede Nacional de Saúde do Trabalhador, com a participação de 50 técnicos, com representantes de 27 programas de saúde do trabalhador de 19 estados brasileiros (VASCONCELLOS, 2007).

Na gestão de Lula, em 2003, inaugura-se a área técnica de saúde do trabalhador (COSAT) no âmbito da Secretaria de Assistência do Ministério da Saúde. Referida área visa à reformulação e à implementação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, como estratégia à descentralização da Política Nacional de Segurança e Saúde do trabalhador por meio da Portaria nº 1.679, de 19 de setembro de 2002, do Ministério da Saúde.

A proposta original da RENAST não se efetivou, contudo, devido a dificuldades de articulação na própria estrutura ministerial. Até 2002 existiam duas secretarias no Ministério da Saúde: a Secretaria de Políticas de Saúde (SPS), na qual se situava a COSAT, e a SAS, que abrigava desde 1999 uma assessoria de saúde ocupacional. A fragmentação institucional no MS refletia o próprio campo da saúde do trabalhador, cuja dificuldade em estabelecer articulações e conexões havia suscitado o propósito de constituição da rede (VASCONCELLOS, 2007).

A RENAST visa articular ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde dos trabalhadores urbanos e rurais, independentemente do vínculo empregatício e tipo de inserção no mercado de trabalho, de forma regionalizada e hierarquizada. A rede deve estar articulada entre as esferas de governo (MS e secretarias estaduais e municipais) e a organização de ações de saúde do trabalhador em três contextos: rede de atenção básica e do programa Saúde da Família; rede de centros de saúde do trabalhador (estaduais e regionais); e ações na rede assistencial de média e alta complexidade.

Na RENAST, os CEREST configuram-se como serviços articuladores da rede e de retaguarda do SUS, conforme preconiza a Portaria nº 1.679/2002:

Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador devem ser compreendidos como polos irradiadores [...] assumindo a função de suporte técnico e científico [...]. Suas atividades só fazem sentido se articuladas aos demais serviços da rede do SUS, orientando-os e fornecendo retaguarda nas suas práticas, de forma que os agravos à saúde relacionados ao trabalho possam ser atendidos em todos os níveis de atenção do SUS, de forma integral e hierarquizada. Em nenhuma hipótese, os CRST poderão assumir atividades que o caracterizem como porta de entrada do sistema de atenção (BRASIL, 2002, p. 7).

Nessa direção, declara-se que a Portaria nº 1.679/2002 corroborou a habilitação de centros de referência em todo o país, principalmente no que se refere a proporcionar incentivos financeiros, conforme a alta complexidade do MS.

Considerando o aspecto financeiro e a ampliação de CEREST no Brasil, afirma-se que a RENAST, como estratégia de articulação das ações de saúde do trabalhador no SUS obteve resultados (VASCONCELLOS, 2007). A necessidade de incorporar novas formas de atuação convergiu para a publicação da Portaria nº 2.437/2005, visando ampliar e fortalecer a RENAST, por meio da organização de serviços e municípios-sentinelas; implementação de ações de vigilância e promoção da saúde; fortalecimento do controle social; e aumento do repasse financeiro.

Conforme a Portaria nº 2.437/2005, a RENAST objetivava integrar a rede de serviços do SUS voltados à assistência e à vigilância, a fim de desenvolver as ações de saúde do trabalhador. Desse modo, os CERESTs atuariam como unidades especializadas de retaguarda técnica para as ações. Nessa Portaria, adotou-se a nomenclatura de Centros de Referência em Saúde

do Trabalhador, e recomendada sua denominação em todos os estados da Federação (BRASIL, 2005).

Com suporte na estrutura da RENAST, afirma-se que as ações assistenciais no campo da Saúde do Trabalhador devem ser concretizadas em todos os níveis de atenção à saúde, com ênfase para as ações voltadas para a dimensão da vigilância em saúde. A Portaria n° 1.679/2002 e a n° 2.437/2005 relacionam os profissionais que devem compor os recursos humanos dos CEREST, destacando a categoria de médicos, enfermeiros, técnicos de segurança do trabalho, entre outros.

A necessidade de adaptar a Portaria n° 2.437/2005, ao Pacto pela Vida e de Gestão, de 2006, contribuiu para a publicação da Portaria n° 2.728/2009, que dispõe sobre a implementação da RENAST (BRASIL, 2009), salientando a importância de pactuação nas comissões intergestoras bipartite e tripartite (CIB e CIT), conforme a gestão do sistema que busca o consenso interfederativo.

A RENAST é definida como uma rede nacional de informação e práticas de saúde, organizada com o propósito de implementar ações assistenciais, de vigilância e de promoção, qualificando a atenção à saúde no SUS. Sua estrutura compõe-se dos centros de referência em Saúde do Trabalhador, serviços de saúde de retaguarda de média e alta complexidade e municípios sentinela organizados em torno de um dado território, cuja configuração objetiva estabelecer fluxos de atenção aos trabalhadores em todos os níveis, de modo articulado com as vigilâncias sanitária, epidemiológica e ambiental (HOEFEL; DIAS; SILVA, 2005).

A organização de Municípios Sentinela que propiciem a produção, sistematização e disponibilização da informação em saúde do trabalhador deve ser definida “a partir de dados epidemiológicos, previdenciários e econômicos, que indiquem fatores de

riscos significativos à saúde dos trabalhadores, oriundos de processos de trabalho em seus territórios”, BRASIL (2009, p.1) e pactuada na CIB e na CIT, de acordo com a Portaria nº 2.728/2009.

A RENAST compreende uma rede de informação, vigilância, capacitação, assistência, investigação, pesquisa, controle social, comunicação e educação em saúde do trabalhador, sua trajetória demonstra entraves à sua efetiva implementação.

Conforme preconizam Leão e Vasconcellos (2011, p. 93), a RENAST depara-se com as seguintes dificuldades em sua estruturação como rede:

- 1) a ausência de uma concepção de integralidade; 2) a ênfase desproporcional em uma das partes da atenção – o assistencialismo; 3) a ausência de mecanismos visceralmente mais sólidos e compulsórios de articulação e comunicação; 4) a heterogeneidade da inserção institucional dos centros de referência; 5) o reconhecimento impróprio dos membros dos CEREST em relação a seu papel; e 6) a ausência de uma missão estruturante.

A Rede Sentinela corresponde a serviços de assistência à saúde, indicados para executar procedimentos, diagnósticos, tratamento e notificação compulsória dos agravos à saúde relacionados ao trabalho. Nessa direção, denota-se que a RENAST vem se organizando como um polo assistencial, podendo caracterizar como ambulatórios especializados.

Nessa linha de pensamento, Vasconcellos (2007) assinala que a ênfase na dimensão assistencial das ações pode contribuir para gerar práticas similares com os equipamentos assistenciais organizadas na rede de atenção à saúde, concorrendo para que a rede perceba que não é de sua competência realizar ações no campo da saúde do trabalhador. Nesse horizonte, os profissionais

que atuam na rede de atenção à saúde tendem a encaminhar os trabalhadores para os CERESTs, sobretudo nos contextos em que ocorrem acidentes de trabalho e doenças relacionadas ao trabalho.

O segundo governo de Lula, em 2006, conjuga ação desenvolvimentista, com forte atuação do Estado, cuja estratégia redundou na criação de postos de trabalho e na ampliação da assistência por meio de um conjunto de ações, denominadas de PAC (Programa de Aceleração do Crescimento 2007-2010). Referido programa caracterizava-se como uma política de governo, objetivando fomentar o protagonismo do Estado na dinamização da economia, visando alcançar os núcleos do Estado, com destaque para a saúde (OLIVAR, 2010).

No período do governo Lula, ocorreu a convocação da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, pelos três Ministérios: Saúde, Trabalho e Previdência Social por intermédio da Portaria Interministerial, nº 748, de 2005. A conferência teve como tema: “Trabalhar sim, adoecer não”.

A referida conferência presidida pelo ministro de Estado da Saúde teve como objetivo propor diretrizes para efetivar a ação articulada dos órgãos setoriais do Estado na execução da política definida e para a ampliação e a efetivação do controle social. O debate ocorreu em torno das três questões que constituem os eixos orientadores da CNST: 1) como garantir a integralidade e a transversalidades da ação do Estado em saúde dos trabalhadores? 2) como incorporar a saúde dos trabalhadores nas políticas de desenvolvimento sustentável no país? 3) como efetivar e ampliar o controle social em saúde dos trabalhadores? (BRASIL, 2005).

A conferência trouxe elementos conceituais contraditórios com enfoque conservador, uma vez que a concepção de saúde do trabalhador junto a categorias como “segurança do trabalho”,

“desenvolvimento sustentável”. Convém ressaltar que o discurso do desenvolvimento sustentável esvazia conteúdos ideológicos historicamente consolidados, caso da luta de classes e da relação capital-trabalho (OLIVAR, 2010).

A 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, convocada pela Portaria GM/MS nº. 2.808/12 teve como tema central, “saúde do trabalhador e da trabalhadora, direito de todos e todas e dever do estado” e como objetivo “propor diretrizes para a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNST)”.

Orientada por esse eixo principal, a 4ª CNSTT desenvolveu-se, em todas as suas etapas, em torno dos seguintes sub-eixos: I - O Desenvolvimento socioeconômico e seus reflexos na Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; II - Fortalecer a Participação dos Trabalhadores e das Trabalhadoras, da Comunidade e do Controle Social nas Ações de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; III - Efetivação da Política Nacional de Saúde e do Trabalhador e da Trabalhadora, considerando os princípios da integralidade e intersetorialidade nas três esferas de governo; e IV - Financiamento da Política Nacional de Saúde do Trabalhador, nos municípios, estados e União (BRASIL, 2012).

A 4ª CNSTT cumpriu o seu objetivo e representou um momento de relevância para o processo de aperfeiçoamento do SUS no Brasil e na discussão da PNST, suas estratégias e implementação. O Controle Social em Saúde do Trabalhador no SUS apresenta-se revigorado. A PNST é legitimada como estratégia da ação institucional e a RENAST como estratégia de estruturação das ações de saúde do trabalhador em sua perspectiva de rede do SUS e das relações com os Conselhos de Saúde (BRASIL, 2012).

Destaca-se que as conferências configuram-se em espaços estratégicos de formulação de propostas e *locus* do fazer político,

como campo contraditório e de conflitos, onde se manifestam diferentes interesses em debate e disputa (OLIVAR, 2010).

Nessa direção, reafirma-se a importância das Conferências de Saúde do Trabalhador, como instância de luta para a garantia dos direitos dos trabalhadores.

A Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012, que institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, PNSTT (BRASIL, 2012), contemplou as propostas das entidades representativas da sociedade civil e profissionais de saúde desde a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. Enquanto que a Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho - PNSST (BRASIL, 2011) pretendeu responder às pressões para superar a fragmentação das ações interministeriais no âmbito do trabalho, da saúde e da previdência.

O documento da PNSTT expressa as reflexões e as práticas dos setores acadêmicos, movimentos de trabalhadores e profissionais que atuam nos serviços de saúde do trabalhador, abrangendo os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, visando à promoção e à proteção de sua saúde e à redução da morbimortalidade decorrente do adoecimento e dos agravos nas atividades laborais.

A política PNSTT integra as políticas de saúde do SUS, contemplando a transversalidade das ações de saúde e o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença. Ela abrange como sujeitos os trabalhadores, homens e mulheres, independentemente de sua localização, urbana ou rural; de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal; e de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativado, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado (BRASIL, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao refletir sobre a PNSTT, pontua-se como desafio para os profissionais e gestores que atuam na área, a implementação da Política pelos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), destacando o fortalecimento da Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) no seu território de abrangência, considerando que esse aspecto constitui um dos objetivos prioritários da Política.

A Política de Saúde do Trabalhador definiu um modelo amplo de ações a serem realizadas pela VISAT, cuja efetivação não foi concretizada, uma vez que são limitadas as possibilidades de atuação do quadro técnico atual, conforme os inventários sobre a execução de ações da RENAST, realizados a fim de identificar lacunas e potencialidades. Urge que ocorra a mudança na cultura assistencial que persiste no âmbito do SUS, cuja realidade constitui entrave à prática do conjunto de diretrizes e estratégias requeridas para desenvolvimento dessas ações em todos os CEREST, conforme a meta da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde.

Dessa forma, devem-se traçar um planejamento estratégico no campo da Política de Saúde do Trabalhador, compreendendo: analisar o perfil produtivo e a situação de saúde dos trabalhadores; integrar a VISAT com os demais componentes da Vigilância em Saúde e com a Atenção Primária em Saúde; fortalecer e ampliar a articulação intersetorial, a participação dos trabalhadores e do controle social; e desenvolver e capacitar os profissionais e os gestores (BRASIL, 2012).

No contexto brasileiro, um dos instrumentos para promoção da política de saúde do trabalhador é a vigilância em saúde, considerando a relação saúde-trabalho-ambiente. A implemen-

tação das ações de vigilância em saúde sobre as relações saúde, trabalho e ambiente tem sido um desafio.

A vigilância em saúde no Brasil apresenta entraves quanto à integração das vigilâncias sanitária, ambiental, epidemiológica, saúde do trabalhador no campo institucional. A fragmentação das vigilâncias no SUS (ambiental, sanitária, epidemiológica) e de programas de vigilância da água, do ar, exposição química e desastres, entre outros, além da ênfase assistencial no SUS são questões que dificultam ações integradoras.

REFERÊNCIAS

ALVES, G. O. **novo (e precário) mundo do trabalho**: reestruturação produtiva e crise do sindicalismo. 1. reimp. São Paulo: Boitempo, 2005.

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo, 2010.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. *In*: MOTA, A. E. *et al.* (Orgs.). **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 2.728, de 11 de novembro de 2009**. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão de saúde do trabalhador. **Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador**. Brasília, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. **Diário Oficial da União**, 2012.

BRASIL. 3ª Conferência Nacional de saúde do trabalhador. **Trabalhar sim, adoecer não**. Textos de apoio. Coletânea, Brasília, n. 1, 2005.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde do(a) Trabalhador(a) – COSAT. **Política nacional de segurança e saúde do trabalhador**. Brasília, nov. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.679, de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília: MS, 2002.

BOSCHETTI, I. Seguridade social e projeto ético-político do Serviço Social: que direitos para qual cidadania? **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, v. 79, p. 108-132, 2004.

DIAS, E. C. Aspectos atuais da saúde do trabalhador no Brasil. *In*: ROCHA, L. E.; RIGOTTO, R. M.; BUSCHINELLI, J. T. (Orgs.). **Isto é trabalho de gente?** Vida, doença e trabalho no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1994.

HOEFEL, M. G.; DIAS, E. C.; SILVA, J. M. A Atenção à Saúde do Trabalhador no SUS: a proposta de constituição da RENAST. *In*: **3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador**. Coletânea de textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p. 63.

LACAZ, F. A. C. Política Nacional de saúde do trabalhador: desafios e dificuldades. *In*: SANTANA, R. S. *et al.* (Org.). **Avesso do trabalho II: trabalho, precarização e saúde do trabalhador**. 1. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2010.

LACAZ, F. A. C. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 4, p. 757-766, abr. 2007.

LACAZ, F. A. C. Saúde do trabalhador: vinte anos de história e trajetória. *In*: BRASIL. **3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador**. Coletânea de textos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde/Ministério do Trabalho e Emprego/Ministério da Previdência Social, n. 1, 2005.

LACAZ, F. A. C. Saúde dos trabalhadores: cenário e desafios. **Cad. Saúde Pública**, v. 13, supl. 2, p. 7-19, 1997.

LACAZ, F. A. C. **Saúde do trabalhador**: um estudo sobre as formações discursivas da Academia, dos Serviços e do Movimento Sindical. 1996. 435 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas-SP, 1996.

LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde**: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec, 1989.

LOPES DA SILVA, M. L. **Previdência Social no Brasil**: (des)estruturação do trabalho e condições para sua universalização. São Paulo: Cortez, 2012.

LEÃO, L. H. C.; VASCONCELLOS, L. C. F. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast): reflexões sobre a estrutura de rede. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 20, n. 1, p. 85-100, jan./mar. 2011.

MENDES, J. M. R. **O Verso e o Anverso de uma História**: O Acidente e a Morte no Trabalho. 1. ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003. 228 p.

MENDES, J. M. R.; WÜNSCH, D. S. Serviço Social e saúde do trabalhador: uma dispersa demanda. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 107, p. 461-481, jul./set. 2011.

OLIVAR, M. S. P. O campo político da saúde do trabalhador e o Serviço Social. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 102, p. 314-338, abr./jun. 2010.

SOARES, R. C. A racionalidade da contrarreforma na política de saúde e o Serviço Social. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. (Orgs.). **Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e conselhos**. São Paulo: Cortez, 2012.

SOUZA, K. R. de; BONFATTI, R. J.; SANTOS, M. B. M. dos. Participação social, vigilância em saúde do trabalhador e serviço público. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 261-282, maio/ago. 2015.

VASCONCELLOS, L. C. F. **Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável**: apontamentos para uma política de Estado. 2017. Tese (Doutorado) – Rio de Janeiro (RJ), Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2007.

CAPÍTULO 9

MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS, SENTIDOS DA INTEGRALIDADE, CONFIGURAÇÃO HISTÓRICA E DESAFIOS ATUAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE BRASILEIRA

Danielly Maia de Queiroz

Lucia Conde de Oliveira

INTRODUÇÃO

No contexto de disputas na construção e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), o debate conceitual e político sobre “modelos de atenção à saúde” encontra-se atrelado à reorganização dos serviços e das práticas, e ainda à discussão sobre o processo de trabalho em saúde (TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2014).

Nessa arena da política pública de saúde brasileira, o princípio da integralidade, demarcado desde a Constituição Federal cidadã de 1988, também ganha uma polissemia de significados, cujos sentidos vão sendo (ou não) construídos no cotidiano dos serviços de saúde, expressos em práticas de saúde plurais e nas múltiplas tentativas de interlocução entre os diversos pontos da rede de atenção à saúde. A integralidade é o princípio do SUS que alimenta um ciclo virtuoso com a universalidade e a equidade, conectando-se diretamente com os esforços para se definir o padrão de qualidade das práticas de saúde (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018).

Para implementar o que se propunha com a conquista do SUS, desde a década de 1990 o Brasil tem buscado reorganizar seu modelo de atenção à saúde, cuja aposta foi um intenso investimento na Atenção Primária à Saúde (APS), mais especificamente por meio da expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF).

O presente texto foi construído com o intuito de apresentar aspectos conceituais relativos à noção de “modelo de saúde” e de “integralidade”, além de destacar abordagens, atributos e aspectos históricos relacionados à APS brasileira, e destacar limites e desafios do SUS e da APS diante da atual conjuntura política brasileira. Considera-se que desde 2016 vem se intensificando, de forma mais explícita, processos de contrarreformas, de ofensivas neoliberais e de francas ameaças aos direitos sociais até então conquistados.

MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL E OS SENTIDOS DA INTEGRALIDADE

Segundo Paim (2012a), a questão de fundo necessária à reflexão sobre modelos de atenção está atrelada à “teoria do processo de trabalho em saúde”, vinculada aos consagrados referenciais fundadores do campo da Saúde Coletiva no contexto brasileiro: Sérgio Arouca e a discussão sobre o dilema preventivista (AROUCA, 2003); Maria Cecília Donnangelo e a discussão sobre normatividade médica e relações entre saúde e estrutura social (DONNANGELO; PEREIRA, 1976); e Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, com a discussão sobre as relações entre necessidades, tecnologias e práticas de saúde (MENDES-GONÇALVES, 1988, 1992).

Com base nas formulações teóricas de Mendes-Gonçalves (2017), articulada à teoria marxista, demarca-se o conceito de *processo de trabalho humano* como processo histórico de produção

social, e *tecnologia* como um conjunto da organização técnica da produção enquanto processo social e histórico que inclui a reprodução social (MENDES-GONÇALVES, 2017).

Partindo desses pressupostos, Mendes-Gonçalves (2017) adverte que as *práticas de saúde* não podem ser reduzidas apenas a seus aspectos técnicos e instrumentais. Isso nos possibilita compreender de forma mais ampla os paradoxos e as contradições engendradas no interior dessas ações. Por exemplo, é possível mencionar os aspectos envolvidos no processo de *medicalização da sociedade*, no qual estão em jogo “não apenas os interesses particulares dos produtores de tecnologias, mas a pressão social associada à transformação das práticas de saúde em remédio legítimo para uma crescente quantidade de demandas” que, além de gerar uma crise de custos, ainda é capaz de multiplicar os processos de adoecimento (MENDES-GONÇALVES, 2017, p.243).

No que tange a construção teórico-conceitual da noção de “modelo de atenção”, Paim (2012a) se norteia por essa corrente de pensamento, demarcando as contribuições de Mendes-Gonçalves acerca da concepção ampliada de *tecnologia* como mediadora das relações entre os trabalhadores de saúde e os usuários. Para ele, modelo de atenção pode ser definido como...

...combinações de tecnologias estruturadas em função de problemas (danos e riscos) e necessidades sociais de saúde, historicamente definidas. [...] formas de articulação das relações entre sujeitos (trabalhadores de saúde e usuários) mediadas por tecnologias (materiais e não materiais) utilizadas no processo de trabalho em saúde. Constituem, enfim, racionalidades diversas que informam as intervenções técnicas e sociais sobre as complexas necessidades humanas de saúde. (PAIM, 2012a, p. 487-488).

Numa perspectiva estratégica, as dimensões gerencial e organizativa também precisam ser consideradas juntamente com a dimensão técnico-assistencial, com vistas a possibilitar um processo sinérgico para mudanças nos sistemas de saúde, como propõe Teixeira (2006):

...pode-se conceber uma concepção ‘ampliada’, sistêmica, sobre ‘modelo de atenção’, que inclui três dimensões: uma dimensão gerencial, relativa aos mecanismos de condução do processo de reorganização das ações e serviços, uma dimensão organizativa, que diz respeito ao estabelecimento das relações entre as unidades de prestação de serviços, geralmente levando em conta a hierarquização dos níveis de complexidade tecnológica do processo de produção do cuidado, e a dimensão propriamente técnico-assistencial, ou operativa, que diz respeito às relações estabelecidas entre o(s) sujeito(s) das práticas e seus objetos de trabalho, relações estas mediadas pelo saber e tecnologia que operam no processo de trabalho em saúde, em vários planos (promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos e recuperação e reabilitação) [grifos nossos] (TEIXEIRA, 2006, p. 25).

Alguns movimentos ideológicos podem ser identificados no cerne da discussão sobre modelos de atenção. Uns estariam atrelados às possibilidades de mudanças na organização da prática médica, tais como a medicina preventiva, comunitária e familiar e o movimento da atenção primária à saúde; e outros estariam articulados às mudanças na forma de intervenção do Estado, tais como as discussões sobre promoção da saúde e os determinantes sociais da saúde (TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2014).

Os modelos de atenção hegemônicos que se firmaram no Brasil ao longo do século XX foram o modelo médico-assistencial hospitalocêntrico e o modelo sanitарista (TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2014). O modelo médico hegemônico pode ser representado pelo modelo médico-assistencial privatista e pelo modelo da atenção gerenciada. Já o modelo sanitарista hegemônico está atrelado às campanhas sanitárias, aos programas especiais de controle de doenças e às ações de vigilância sanitária e epidemiológica (PAIM, 2012a).

O “modelo médico-assistencial privatista” fundamenta-se na medicina flexneriana, centrada na clínica tradicional e individualizada, voltado para atendimento da demanda espontânea, com valorização do ambiente hospitalar e tendência à superprodução de serviços, ações e procedimentos. O modelo da atenção gerenciada fundamenta-se na Medicina baseada em evidências e nas análises de custo-benefício e custo-efetividade, seguindo protocolos clínicos como tecnologias para controle de custos, racionamento de procedimentos e valorização de serviços especializados de alto custo (PAIM, 2012a).

O “modelo sanitарista hegemônico” norteia-se por campanhas sanitárias focadas nos aspectos biológicos e epidemiológicos; nos programas especiais articulados de maneira verticalizada, fragmentada e autoritária; e nas vigilâncias sanitária e epidemiológica pautadas no saberes biomédico, jurídico, estatístico e na epidemiologia (PAIM, 2012a).

Algumas “propostas alternativas de mudança do modelo de atenção” elaboradas a partir de experiências no âmbito do SUS podem ser mencionadas, tais como: a distritalização; a promoção da saúde; a vigilância da saúde; a oferta organizada; as ações programáticas de saúde; o acolhimento; as linhas de cuidado; e a Estratégia Saúde da Família (PAIM, 2012a; TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2014).

A “distritalização” está apoiada na geografia, na epidemiologia e no planejamento; os distritos sanitários configuram uma rede estruturada e hierarquizada, requerendo adscrição da clientela, análise da realidade e programação local, pautando-se na integralidade e na intersetorialidade. A “promoção da saúde” propõe a elaboração e implementação de políticas públicas pautadas na melhoria das condições e dos estilos de vida; investe em atividades de educação e comunicação em saúde e na formulação de políticas intersetoriais que favorecem ambientes e cidades saudáveis. A “vigilância da saúde” apoia-se na epidemiologia, na geografia crítica, no planejamento e nas ciências sociais; leva em consideração o controle de riscos e danos, as necessidades sociais de saúde condicionadas pelo modo de vida, a promoção da saúde e os determinantes sociais, articulando práticas assistenciais e políticas setoriais e intersetoriais (PAIM, 2012a).

A “oferta organizada” fundamenta-se na epidemiologia e no planejamento, visando realizar uma análise de situação de saúde mediante estudos epidemiológicos que orientariam a programação da oferta de serviços e ações nos estabelecimentos de saúde de nível local, combinando recursos e tecnologias para garantir efetividade e qualidade da atenção. As “ações programáticas em saúde” têm como apoio as ciências sociais, tomando como ponto de partida a identificação de necessidades sociais de saúde, com valorização da integralidade, da qualidade e da efetividade, requerendo reorganização do processo de trabalho em saúde (PAIM, 2012a).

O “acolhimento”, além de ser reconhecido como diretriz ou estratégia, foi uma proposta sistematizada a partir de experiências disparadas no início da década de 1990 pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, que se fundamenta na clínica, nas ciências da gestão, na psicologia e na análise institucional, com a organização do serviço de saúde centrada no usuário e assumida por uma

equipe de trabalhadores, primando pelo fortalecimento de vínculos e por processos mais humanizados, provocando releituras das necessidades sociais de saúde (PAIM, 2012a).

As “linhas de cuidado” constituiriam-se a partir da combinação de tecnologias em saúde que, segundo Merhy (2014), podem ser caracterizadas como *tecnologias leves*, *leve-duras* e *duras*. Tecnologias leves ou relacionais estariam pautadas no acolhimento, no vínculo e na construção de autonomia; tecnologias leve-duras configurariam saberes estruturados que operam no processo de trabalho em saúde; e tecnologias duras seriam aparatos tecnológicos, tais como normas, estruturas e equipamentos. Com a configuração de linhas de cuidado, busca-se enfatizar a integralidade e a continuidade dos cuidados, contemplando o cuidado em rede, coordenado pelas equipes da atenção básica, com fluxos assistenciais centrados no usuário e estruturados por projetos terapêuticos. Essa proposta absorve as proposições do acolhimento e da oferta organizada (PAIM, 2012a).

A “Estratégia Saúde da Família” está apoiada no planejamento, na clínica, na epidemiologia e nas ciências sociais, com vistas a reorientar a atenção básica, num processo de articulação das ações de educação sanitária, vigilâncias epidemiológica e sanitária, assistência a grupos prioritários e reorganização da demanda espontânea. Considera-se que isso se dá por meio de combinações tecnológicas da oferta organizada, da distritalização, da vigilância da saúde e do acolhimento, mas depende da correlação de forças favoráveis a mudanças (PAIM, 2012a).

Com base nas publicações científicas disponíveis, Arantes, Shimizu e Merchán-Hamann (2016) buscaram analisar as contribuições e os desafios da ESF para a APS brasileira, enquanto modelo de atenção, levando em consideração as três dimensões propostas por Teixeira (2006).

Na “dimensão político-institucional”, a ESF favoreceu a expansão dos cuidados, a promoção da equidade e a institucionalização da cultura de avaliação. Na “dimensão organizativa”, reconheceu-se que ela ampliou a oferta de serviços em áreas de vulnerabilidade social e o contato por meio de ações programáticas, tendo efeito estruturante perante os vazios assistenciais, e obtendo melhores resultados quanto à integralidade da atenção (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

Na “dimensão técnico-assistencial” houve investimentos na assistência domiciliar, na assistência farmacêutica, na saúde bucal, na educação em saúde, na busca ativa de casos e nas ações programáticas relacionadas à saúde materno-infantil, à saúde sexual e reprodutiva, ao rastreamento de câncer de colo de útero e de mama, e ao acompanhamento de pessoas com doenças crônicas transmissíveis (ex.: tuberculose e hanseníase), e não transmissíveis (ex.: hipertensão e diabetes). Os autores destacam que o processo de trabalho na ESF busca levar em consideração a multidisciplinaridade, o acolhimento, o fortalecimento de vínculos, o enfoque familiar e a orientação comunitária (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

Entretanto, são inúmeros os desafios identificados na literatura relacionados à legitimação da ESF como modelo de atenção: financiamento insuficiente; formação profissional ainda fortemente marcada pela racionalidade biomédica; precarização do vínculo profissional; participação social e ações intersetoriais incipientes; barreiras de acesso; dificuldade de comunicação entre profissionais na rede assistencial e na relação entre equipes de referência e equipes de apoio; insuficiência de serviços especializados; longas filas de espera sem monitoramento; e áreas desafiadoras para o processo de produção do cuidado, tais como obesidade, saúde mental, saúde do adolescente, uso abusivo de drogas ilícitas etc. (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

Ademais, em alguns contextos, a ESF acaba assumindo um caráter fortemente burocrático, por vezes disciplinando e limitando a capacidade criativa dos trabalhadores, numa captura do trabalho vivo pelo morto. Isso se dá, por exemplo, pelo uso engessado de protocolos clínicos padronizados, pela lógica de produção guiada por procedimentos, e ainda por uma agenda orientada para programas nacionais (SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018).

A disputa existente entre os distintos modelos de atenção que reverberam em diversos modos de cuidado remete-nos aos aspectos da clínica e aos arranjos tecnológicos do cuidado. No cotidiano dos serviços, ainda prevalece fortemente a “Clínica Moderna/ Tradicional”, que prioriza a abordagem da doença, e o uso de *tecnologias duras* e *leve-duras* (CAMPOS; BEDRIKOW, 2014; MERHY, 2014).

Diante da permanente disputa entre os modelos hegemônicos e as propostas alternativas, Teixeira e Vilasbôas (2014) questionam até que ponto as políticas e as estratégias que vêm sendo implementadas no SUS, tais como o investimento na ESF, na organização das redes de atenção à saúde e na implantação das linhas de cuidado, têm contribuído para mudanças e transformações da organização de serviços, práticas e processos de trabalho, ou continuam fortalecendo a manutenção dos modelos hegemônicos.

Paim (2012a) adverte que é preciso não desperdiçar energia em contraposições de modelos, pois o que interessa é se debruçar sobre o desafio de investigar combinações tecnológicas mais adequadas à solução de problemas de distintos perfis epidemiológicos, e que estejam implicadas com um cuidado integral de necessidades de saúde, sem perder de vista a heterogeneidade das situações que compõem a realidade da saúde brasileira.

Quando se trata dos modelos de atenção à saúde no Brasil, Paim (2012a) considera que a integralidade, a efetividade, a qualidade e a humanização das práticas de saúde ainda configuram grandes desafios no cotidiano dos serviços. A seguir, buscou-se delinear a polissemia do termo integralidade, por entender que as práticas integrais de saúde repercutem positivamente nos demais desafios mencionados pelo autor.

A integralidade não é apenas uma diretriz normativa do SUS, e sim um conjunto de valores, bandeira de luta, imagem-objetivo polissêmica que enuncia características desejáveis da organização do sistema de saúde e de suas respectivas práticas, relacionadas ao ideal de uma sociedade mais justa e solidária. A luta é travada cotidianamente no interior dos serviços de saúde, nas novas arenas de negociação e pactuação entre gestores e nos debates nas instâncias que contam com a participação popular (MATTOS, 2009).

Com base no projeto da RSB, Paim (2012a) articula *integralidade* a quatro perspectivas: I – Integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde; II – Atuação profissional, abrangendo dimensões biológicas, psicológicas e sociais; III – Garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde, e; IV – Articulação de um conjunto de políticas públicas vinculadas a uma totalidade de projetos de mudança, que incidem sobre as condições de vida e da determinação social da saúde.

Mattos (2009) enumera três grandes conjuntos de sentidos relacionados à integralidade: I – Princípio orientador de boas práticas dos trabalhadores de saúde; II – Princípio orientador da organização do trabalho e dos serviços; e III – Conjunto de respostas governamentais aos problemas de saúde por meio da organização de políticas específicas. O autor acrescenta que esses

conjuntos de sentidos têm em comum a recusa ao reducionismo e à objetivação dos sujeitos, e uma afirmação da abertura ao diálogo na relação sujeito-sujeito. Além disso, a integralidade, enquanto princípio de direito, requer respostas abrangentes e adequadas às necessidades de saúde apresentadas pelos sujeitos envolvidos.

Refletindo sobre os sentidos da integralidade, Mattos (2009) pontua que mesmo diante do que já se conquistou com o SUS em relação à sua proposta originária de garantia de acesso universal, igualitário e gratuito aos serviços e ações de saúde, ainda há riscos de retrocessos, devido a pressões “pelo estrangulamento de recursos públicos e/ou pela difusão das ideias ofertadas por algumas agências internacionais” (p.47). Na atual conjuntura, esses retrocessos têm sido orquestrados com muita força, requerendo de todos os sujeitos implicados com o SUS um urgente processo de articulação para a luta em sua defesa.

Ayres (2009) buscou fazer uma distinção de duas dimensões relacionadas às finalidades das práticas de saúde norteadas pela integralidade: uma que se daria na microesfera do ato terapêutico, chamada de “integração horizontal”, que contemplaria ações de promoção, proteção e reocupação da saúde diante de situações concretas de saúde-doença-cuidado; e outra chamada de “integração vertical”, que promoveria a articulação setorial entre os serviços de distintos níveis (primário, secundário e terciário) e intersetorial entre diversas políticas, requerendo arranjos tecnológicos variados. Ambas apontariam para um contexto intersubjetivo de processos de trabalho alicerçados na multiprofissionalidade, na interdisciplinaridade e na intersetorialidade, requerendo incontornavelmente o enriquecimento do diálogo entre os sujeitos implicados nas práticas de saúde.

Em consonância com a “microesfera do ato terapêutico”, apontada por Ayres (2009) no processo de “integração horizontal”, Merhy (2013a) demarca que o modelo de atenção amparado na integralidade é território subjetivo do “trabalho vivo em ato” na saúde e de “tecnologias leves” pautadas no acolhimento, na escuta e no diálogo, compondo “redes vivas de cuidado”. A integralidade seria um compromisso com práticas de saúde direcionadas às necessidades objetivas e subjetivas das pessoas em seu contexto social, apreendidas e transformadas em ações por uma equipe multiprofissional (SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018).

Pinheiro (2009) atribui ao termo integralidade o sentido de uma ação social no cotidiano dos serviços de saúde que resulta das interações permanentes entre os sujeitos mediadas por “ofertas” e “demandas”, seja num plano individual, no qual estariam envolvidas práticas integrais produzidas em ato no próprio serviço, ou num plano sistêmico, por meio do qual se buscaria garantir ações integrais articuladas à rede de serviços.

Cecílio (2009) caracteriza a integralidade como uma perspectiva “focalizada” e uma “ampliada”. A “integralidade focalizada” se daria no espaço micropolítico de saúde, requerendo trabalho em equipe pautado nas necessidades de saúde e escuta qualificada, implicando compromisso ético-político, competência técnica e fortalecimento da relação profissional-usuário. Porém, por mais competente e comprometida que seja a equipe em seus processos colaborativos, na construção de vínculos e na ampliação da autonomia dos sujeitos, existem limitações em contemplar necessidades de saúde em uma perspectiva mais ampla, entendida como melhores condições de vida e acesso pleno às tecnologias para melhorar e prolongar a vida, requerendo, então, uma “integralidade ampliada”, que se concretizaria a partir da articulação em rede dos diversos serviços de saúde e das articulações intersetoriais.

De modo convergente, Ayres (2009), Merhy (2013a), Piniheiro (2009) e Cecílio (2009) apontam para dois planos que poderiam ser destacados ao se levar em consideração as *expressões da integralidade* no cotidiano dos serviços de saúde: a *produção do cuidado integral* e a *coordenação do cuidado integral*. O primeiro estaria mais relacionado a uma dimensão mais tática e o segundo a uma dimensão mais estratégica, relativas aos distintos modos de cuidado existentes no âmbito do SUS.

Diante desses apontamentos, a APS ganha destaque na configuração das redes de atenção à saúde (RAS), por configurar o ponto mais capilarizado dessa complexa trama da política pública de saúde brasileira. Diante disso, buscou-se fazer, a seguir, uma breve síntese das abordagens, atributos, aspectos históricos e desafios atuais envolvendo a APS no Brasil.

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ABORDAGENS, ATRIBUTOS E ASPECTOS HISTÓRICOS

Com base em seus antecedentes históricos internacionais, a APS pode assumir diferentes conceitos e abordagens, estando no escopo das discussões sobre novos modelos assistenciais de sistemas de saúde. Foi a partir da Declaração de Alma-Ata, documento-síntese da Conferência Internacional organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre atenção primária, ocorrida em 1978, que a abordagem de uma “APS abrangente” e integral foi formulada, contemplando três componentes essenciais: acesso universal e primeiro ponto de contato do sistema de saúde; indissociabilidade entre saúde e desenvolvimento econômico-social; e participação social. No ano seguinte, em 1979, a Fundação Rockefeller promoveu uma conferência com diversas

agências internacionais, propondo uma “APS seletiva” como estratégia para o controle de doenças em países em desenvolvimento (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; GIOVANELLA, 2018).

A abordagem de uma APS seletiva enfatiza um conjunto restrito de serviços de saúde direcionados às populações pobres, materializado em programas focalizados majoritariamente voltados ao público materno-infantil, tendo como as ações mais comuns: o monitoramento do crescimento e do desenvolvimento infantil, a reidratação oral, a amamentação, as imunizações, a suplementação alimentar e o planejamento familiar. Essas ações têm impacto na redução da mortalidade infantil; todavia, essa abordagem desconsidera os determinantes sociais do processo saúde-doença e intervém sobre problemas específicos de forma isolada (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

A abordagem de uma APS integral enfatiza estratégias para organizar os sistemas de atenção à saúde, cujos princípios fundamentais são: o enfrentamento dos determinantes sociais de saúde, a acessibilidade e a cobertura universais com base das necessidades de saúde, a participação comunitária emancipatória, a ação intersetorial e o uso eficiente de recursos e de tecnologias apropriadas (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Admite-se, então, que a APS pode estar relacionada a concepções distintas, podendo ser entendida como um programa focalizado com oferta limitada de serviços dirigidos a populações pobres; ou mesmo um dos níveis de atenção à saúde onde ocorre o primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde; ou ainda uma estratégia de reorientação de sistemas e serviços de saúde (PAIM, 2012b).

Alinhada à abordagem de uma APS integral e abrangente, Starfield (2002) sistematizou características específicas da APS,

propondo, como atributos essenciais desses serviços, o *primeiro contato*, considerando a APS como porta de entrada preferencial para o sistema de saúde; a *longitudinalidade*, pressupondo a construção de corresponsabilidades, de vínculos e de confiança mútua entre profissionais e usuários; a *integralidade*, que reconhece necessidades biopsicossociais, oferece uma gama diversificada de práticas de saúde e busca garantir o acesso; e a *coordenação do cuidado*, que implica garantir a continuidade da atenção em outros serviços (STARFIELD, 2002; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

A autora propõe ainda três atributos derivados, quais sejam: a *orientação familiar*, que leva em consideração o contexto e a dinâmica familiar; a *orientação comunitária*, que requer um diagnóstico local da área adscrita e a participação ativa da comunidade nas decisões sobre saúde; e a *competência cultural*, de reconhecer as distintas necessidades dos grupos populacionais (STARFIELD, 2002; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Em relação à trajetória histórica das políticas de atenção primária à saúde no Brasil, considera-se que foi em meados da década de 1970 que a adesão a proposições da APS entrou no debate da agenda de reforma setorial. Na década de 1970, foi criado o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), que destinava recursos para construção de unidades básicas de saúde e implantação de serviços de primeiro nível em cidades de pequeno porte. Em 1980, foi proposto o Programa Nacional de Serviços Básicos e Saúde (PREVSAÚDE), que buscou estender os benefícios experimentados em municípios menores aos centros urbanos de maior porte. Em 1982, abriu-se espaço para experiências descentralizadas, com o programa de Ações Integradas de Saúde (AIS) (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Paralelamente, foram lançados outros programas de atenção primária direcionados a grupos específicos, como parte da estratégia de consolidação da rede de serviços básicos de saúde, tais como o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1984, e o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC) em 1987. Esses programas serviram de modelo para outros posteriormente destinados a grupos de risco: idosos, adolescentes, portadores de doenças crônicas (hipertensos e diabéticos), dentre outros (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Após a conquista do SUS, a partir de 1991, foi implantado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com configurações de uma APS seletiva, voltado para populações pobres de áreas rurais e de áreas periféricas de grandes centros urbanos. Inicialmente, priorizou-se o combate e o controle da epidemia de cólera e de outras doenças, como diarreias, tendo como foco a reidratação oral e as orientações sobre vacinação. Gradualmente, os agentes de saúde foram capacitados para cadastrar a população, fazer diagnóstico comunitário, identificar áreas de risco e realizar ações de proteção à saúde materno-infantil, sob supervisão de um profissional enfermeiro (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Em 1994, é lançado o Programa de Saúde da Família (PSF) que, em sua primeira fase, contemplou municípios de pequeno porte, ainda configurando um caráter restrito de APS. Em 1996, a Norma Operacional Básica (NOB/96) retoma a discussão em torno do modelo de atenção, considerando a atenção básica em saúde como primeiro nível de atenção, incentivando o PSF por meio de incentivo financeiro aos municípios, e assumindo uma concepção ampliada de atenção à saúde e de integralidade das ações. Com isso, ocorreu uma intensificação do processo de municipalização da atenção à saúde, tendo como elemento

estratégico para consolidação do SUS o estímulo à adequada implementação do PSF, fortalecendo sobremaneira a articulação entre comunidade e serviços de saúde respaldada na participação popular (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2012; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Em 1997, o Ministério da Saúde lança o documento intitulado “Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial”, demarcando a passagem de uma APS seletiva para uma APS abrangente e integral. Com isso, preconizou-se a constituição de equipes multiprofissionais, que trabalhassem com definição de um território de abrangência, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população residente nessa área. A unidade básica de saúde (UBS) se configuraria como porta de entrada preferencial ao sistema de saúde, integrando-se à rede de serviços dos demais níveis de atenção. A ação intersetorial passou a compor o escopo de ações das equipes, levando-se em consideração os determinantes sociais do processo saúde-doença (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

A partir de 2003, o projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) buscou ampliar a ESF junto aos grandes centros urbanos do país, contando com financiamento internacional no valor de US\$275 bilhões de dólares do Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento (BIRD) e igual contrapartida do Governo Federal brasileiro (HEIMANN; MENDONÇA, 2005; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Ao considerar a trajetória da atenção básica em saúde no contexto brasileiro entre os anos de 1994 e 2010, Heimann e Mendonça (2005) identificam quatro fases de desenvolvimento de estratégias relacionadas aos serviços básicos de saúde: *Fase de emergência* (1994-1995), momento em que foram priorizados

municípios de pequeno porte nas regiões Norte e Nordeste; *Fase de fusão entre PACS e PSF* (1995-1997), expandindo-se para municípios de médio porte, e incluindo-se as regiões Centro-Oeste e Sudeste; *Fase de expansão* (1998-2002), incluindo municípios de médio e grande portes e expansão nas regiões Sul e Sudeste; e *Fase de consolidação e expansão planejada* (2003-2010), contemplando municípios com mais de cem mil habitantes e grandes centros urbanos, possibilitada pelo PROESF.

Em 2006, o Pacto pela Vida ratificou a decisão política de investir na ESF como reorientadora do modelo de atenção à saúde, por possibilitar a ampliação do acesso de maneira descentralizada, alcançando extensão territorial, cobertura populacional, capilaridade e legitimidade institucional (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2012; AQUINO *et al.*, 2014). No mesmo ano, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), levando em consideração diferentes modalidades de UBS, além de buscar uniformizar o processo de trabalho em equipe e legitimar a expansão da educação permanente dos profissionais da atenção básica (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Ressalta-se que esta PNAB estaria alinhada ao processo de “Renovação da APS nas Américas”, preconizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS). O objetivo de renovar a APS estaria atrelado à necessidade de revitalização dos países para elaborar estratégias coordenadas, eficazes e sustentáveis para enfrentar os problemas de saúde existentes, visto que surgiram novos desafios epidemiológicos, foram evidenciadas fragilidades que precisariam ser enfrentadas e far-se-ia necessário desenvolver e incorporar novas ferramentas e conhecimentos com vistas a melhorar práticas para redução das iniquidades na área da saúde (OPAS, 2007).

Em 2008, o Ministério da Saúde propôs a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, hoje chamado de Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB), visando ampliar a resolutividade das equipes de Saúde da Família, cuja organização do processo de trabalho está alicerçada no apoio matricial, sendo previstas ações de *campo* e de *núcleo*, ou seja, práticas clínicas ampliadas e compartilhadas, cujas ações envolveriam todos os integrantes da equipe, e práticas clínicas pautadas em atribuições específicas, de acordo com cada profissão. Além do que, o apoio matricial envolve uma intensa troca de saberes e prevê ações comuns no território, que seriam articuladas com as equipes de referência da ESF. A equipe do NASF compõe nove áreas estratégicas: atividade física e práticas corporais; práticas integrativas e complementares; reabilitação; alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; saúde infantojuvenil; saúde da mulher; e assistência farmacêutica (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Em 2010, foi lançada a Portaria nº 4.279/2010, que estabeleceu as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS (BRASIL, 2010); e em 2011, lançou-se o Decreto 7.508, que regulamenta a Lei 8.808/90, dispondo sobre a organização do SUS, o planejamento, a assistência e a articulação interfederativa. Dentre seus elementos, estes documentos demarcaram a estruturação das regiões de saúde e a organização das RAS, reconhecendo a ESF como uma das portas de entrada prioritárias do SUS e ordenadora dos demais níveis de atenção (BRASIL, 2013).

Ainda, em 2011, foi criado o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), instituindo um componente de qualidade no Piso de Atenção Básica (PAB) variável relacionado ao desempenho das equipes, reiteran-

do a concepção de APS abrangente da atenção básica brasileira (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Para a organização do processo de trabalho na ESF, muitos componentes estão envolvidos. Andrade, Barreto e Bezerra (2012) propõem 14 componentes, que estariam interconectados na complexa trama de relações que se estabelece entre serviços de saúde e comunidade. A seguir, esses componentes foram subdivididos em cada dimensão de modelo de atenção propostas por Teixeira (2006).

Na dimensão técnico-assistencial teríamos acolhimento e organização da demanda; trabalho em equipe; enfoque da atenção à saúde da família e da comunidade; resgate e valorização do saber popular nas práticas de cuidado; e clínica ampliada. Na dimensão organizacional, territorialização e definição do território de responsabilidade sanitária; adscrição da clientela; diagnóstico de saúde da comunidade; organização de ações de promoção da saúde; e monitoramento dos indicadores de saúde do território. Na dimensão gerencial, estímulo à participação e controle social; organização de um espaço de cogestão coletiva na equipe; identificação dos serviços de referência nos demais níveis da rede; e educação permanente em saúde (TEIXEIRA, 2006; ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2012).

Para alicerçar a organização do processo de trabalho das equipes de Saúde da Família (eqSF), levando em consideração a “análise da situação de saúde” do território, é importante se distinguir problemas, necessidades e determinantes de saúde. Problemas estariam relacionados ao estado de saúde da população ou ao próprio sistema de serviços de saúde. Necessidades poderiam ser distinguidas entre necessidades de saúde (sócio-historicamente determinadas) e necessidades de serviços de saúde (expressas como demanda). Determinantes estariam relaciona-

dos aos aspectos que buscam explicar a determinação social do processo saúde-doença de uma determinada população (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014).

Ainda em relação às necessidades de saúde, Cecílio (2009) propõe a adoção de uma taxonomia organizada em quatro grandes conjuntos: I – boas condições de vida; II – acesso a tecnologias de saúde capazes de melhorar e prolongar a vida; III – criação de vínculos efetivos entre usuários e eqSF, numa relação de confiança mútua; e IV – graus crescentes de autonomia do modo de levar a vida, com reconstrução de sentidos de vida e de modos de viver.

No cotidiano de trabalho da ESF, propõe-se posturas contra-hegemônicas que levem em consideração elementos da “Clínica do Sujeito”, expressa na clínica ampliada e compartilhada, fortalecendo a singularidade das pessoas e a co-construção do cuidado (CAMPOS; BEDRIKOW, 2014). As relações estabelecidas no complexo contexto da ESF e as tomadas de decisões realizadas nos diversos momentos pelos distintos sujeitos precisam estar em consonância com seus fundamentos e diretrizes e balizadas por um “agir micropolítico” pautado no cuidado humanizado (CECCIM; MERHY, 2009).

No processo de trabalho em saúde, a mediação entre conhecimento e prática vai além de uma racionalidade tecnológica, sendo necessário nortear-se por uma racionalidade de práxis para se pensar essas relações. O exercício de práxis não descarta o conhecimento técnico específico, porém reivindica a ampliação da criticidade e da inventividade de cada sujeito, requerendo observação do contexto, escuta, interação e compartilhamento de decisões, prezando pela autonomia dos sujeitos e pela democratização institucional (CAMPOS, 2011), além de um franco compromisso em defesa da vida (MERHY, 2013b).

Na configuração e consolidação das RAS no âmbito do SUS, a ESF assume relevantes funções, quais sejam: ser base pela capilaridade e descentralização dos serviços; ser resolutiva, pautando-se nas necessidades de saúde do território, no uso de diversas tecnologias de cuidado e na clínica ampliada; coordenar o cuidado, produzindo uma gestão compartilhada da atenção integral, incorporando dispositivos de gestão do cuidado (acompanhamento de listas de espera, protocolos organizados sob a lógica de linhas de cuidado, discussão de casos etc.), agregando qualidade ao processo de microrregulação, ampliando o acesso a outros serviços de maneira equânime e no tempo adequado; e ordenar as redes, contribuindo para o planejamento e a programação dos serviços de saúde a partir das necessidades de saúde de indivíduos, famílias e coletividades sob sua responsabilidade (BRASIL, 2012).

Campos e Bedrikow (2014) consideram que essa demarcação foi um sinal de fortalecimento da ESF na arena das políticas públicas de saúde brasileira. Todavia, Aquino *et al.* (2014) advertem que mesmo estabelecendo-se normativamente a ESF como ordenadora das RAS, ampliando seu escopo de atuação para além da APS, ainda são incipientes os instrumentos normativos e operacionais que permitam alcançar tal intento. Na perspectiva atual da RAS, induzida pela OPAS desde 2009, é preciso se fazer uma análise crítica de motivações e interesses atrelados a essa proposta, em virtude das condições objetivas na qual se configura a política pública de saúde brasileira. Paim (2012a) alerta que a proposição de redes regionalizadas e integradas de caráter prescritivo, que não leva em consideração as situações concretas, tem menos chances de atingir seus propósitos de mudança.

LIMITES E DESAFIOS DO SUS E DA APS DIANTE DA ATUAL CONJUNTURA POLÍTICA BRASILEIRA

O SUS, desde sua criação, tem enfrentado inúmeros desafios para se consolidar como um sistema de saúde público e universal. Todavia, esse contexto de adversidades se intensificou mais recentemente, em virtude dos francos retrocessos de contrarreformas na arena das políticas públicas brasileiras, atrelados ao cenário mais amplo de ofensiva capitalista neoliberal.

Em 2016, o governo que assumiu o poder por meio de um golpe parlamentar orquestrou uma série de contrarreformas. No que tange a política pública de saúde, não bastasse o crônico processo de subfinanciamento do SUS, foi aprovada a Emenda Constitucional 95/2016, medida que congela os gastos públicos com saúde e educação por vinte anos. A ruptura democrática em curso no país sinaliza perspectivas sombrias para os direitos sociais, e nesse bojo, as restrições impostas ao SUS ameaçam gravemente o desenvolvimento de uma política pública racional e integrada (BRASIL, 2016; RIZZOTTO; COSTA, 2016; FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018).

Em entrevista divulgada no *site* do Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS, 2017a), Paim considera essa decisão política de congelamento dos gastos públicos como “descaso constitucionalizado e amparado pelos três poderes”, cujos impactos serão devastadores para o SUS, uma vez que o perfil epidemiológico continuará em permanente mudança, com uma projeção de duplicação da população idosa e, conseqüentemente, aumento exponencial de casos de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e de doenças degenerativas, demandando do sistema tecnologias de diagnóstico e tratamento de alto custo. Ele destaca ainda que o Brasil é hoje um dos países com menor gasto público *per capita* em saúde.

Além do subfinanciamento crônico do SUS, do congelamento dos gastos e do aumento exponencial da população, tem-se ainda o crescente fenômeno da “judicialização na saúde”, cujo panorama analisado entre 2010 e 2016 aponta um aumento de 727% nos gastos da União. Só em 2016 foram gastos R\$1,6 bilhão pelo Governo Federal, mas somando-se os gastos dos estados e municípios, estima-se impacto no orçamento de até R\$7 bilhões. Um fato preocupante é que esses gastos com a judicialização de compra direta de medicamentos não constam nos planos anuais de saúde nem nas Leis Orçamentárias Anuais (LOA), retirando-se recursos dos componentes existentes, comprometendo frontalmente o planejamento orçamentário da saúde (OAPS, 2017b).

Não bastasse isso, o Congresso tramitou propostas de mudanças na lei de planos de saúde, cujas principais alterações pretendidas eram: proibição da aplicação do Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde; autorização da venda de “planos de saúde acessíveis”, segmentados e com inúmeras restrições de cobertura; fim do ressarcimento ao SUS; liberação total do reajuste dos planos individuais; e transformação do rol mínimo de itens de cobertura obrigatória em rol máximo. Várias entidades se manifestaram e denunciaram os riscos dessas alterações, dentre elas a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e o Centro de Estudos Brasileiros de Saúde (CEBES) (OAPS, 2017c).

Percebe-se o aumento da correlação de forças da iniciativa privada de ampliar a exploração da saúde como mercadoria e não como bem social. A priorização do interesse econômico e mercantil na saúde coloca em risco a qualidade dos serviços comprometidos com o atendimento integral das necessidades de saúde da população (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018).

Em relação aos desafios atuais para consolidação da atenção básica em saúde junto à configuração do SUS, Cecílio e Reis (2018) destacam que é preciso levar em consideração algumas variáveis, tais como: subfinanciamento, mudança no perfil epidemiológico, crise econômica, empobrecimento da população e surgimento de um “novo usuário” mais atento e demandante.

Enumeram-se quatro apontamentos que estão no cerne dos desafios a serem pautados e enfrentados: I – Clareza ideológica em adotar “atenção básica em saúde” em contraposição ao uso hegemônico de “atenção primária à saúde”; II – Reconhecimento do descompasso entre a formulação da política e sua real implementação, por desconsiderar a heterogeneidade e a diversidade dos municípios; III – Isolamento e inserção periférica da atenção básica em relação ao sistema de saúde, requerendo arranjos mais complexos e interdependentes de coordenação do cuidado em rede; e IV – Incipiência de gestores, gerentes e trabalhadores de saúde preparados para aderir ao projeto transformador proposto pelo modelo assistencial vigente (CECÍLIO; REIS, 2018).

Assim, em 2017, o Ministério da Saúde foi amplamente criticado pelo modo como conduziu o processo de revisão da PNAB, pois apesar das amplas evidências científicas de melhoria de acesso e da situação de saúde da população, as mudanças realizadas ameaçam o sucesso da expansão da Atenção Básica no Brasil. Muitas entidades, tais como a ABRASCO, o CEBES, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) e a Associação Brasileira da Rede Unida, lançaram notas posicionando-se contra a forma arbitrária de condução do processo e reivindicando debate ampliado (OAPS, 2017d, 2017e).

A ABRASCO chegou a denunciar as consequências desastrosas dessa reformulação que rompe com a centralidade de

financiamento da ESF. Em sua nota, mencionava ainda impactos positivos desse modelo, evidenciados por resultados de pesquisa que mostravam a redução da mortalidade infantil, cardiológica e cerebrovascular, e a redução das internações por condições sensíveis (OAPS, 2017d). Em contrapartida, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) apoiaram tanto as mudanças contidas na PNAB revisada quanto ao fim dos blocos de financiamento do SUS (OAPS, 2017e), processo este que ainda precisa ser melhor compreendido.

A Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que aprova a nova revisão da PNAB (BRASIL, 2017), oficializou mudanças que foram alvo de inúmeras críticas de coletivos organizados. O Conselho Nacional de Saúde (CNS), em Recomendação de nº 35, de 11 de agosto de 2017, destacou que essa normativa não prevê o número mínimo de agentes comunitários de saúde (ACS); não exige cobertura de 100% do território; exige unificação do território de atuação dos ACS e dos agentes de combate às endemias (ACE); prevê repasse de recursos federais para equipe de Atenção Básica tradicional; prevê um padrão essencial de serviços e ações da Atenção Básica que cada município deveria oferecer, mas não descreve um pacote mínimo de modo que possa assegurar o princípio da integralidade (CNS, 2017).

Alguns dos pontos mais criticados foram as mudanças no que concerne à flexibilização da composição da equipe e da carga horária de trabalho, dificultando ainda mais o acompanhamento longitudinal das famílias. Outrossim, não se pode deixar de mencionar o impacto no papel do ACS que passaram a se confundir com atribuições de técnicos de enfermagem, tais como fazer curativo, aferir pressão arterial e verificar glicemia capilar (MOROSINI; FONSECA, 2017). Isso acaba por colocar em

risco essa importante categoria profissional, tanto pela descaracterização de suas atribuições quanto pela possível redução no contingente vinculado à equipe (FACCHINI; TOMASI; DI-LÉLIO, 2018).

Cecílio e Reis (2018) apontam que essas mudanças da nova PNAB são “nebulosas”. Dentre elas, os autores destacam a valorização do modelo de atenção tradicional, sem a obrigatoriedade de ACS; a flexibilização da jornada dos médicos, que aumenta ainda mais a fragmentação do processo de trabalho e compromete a coordenação do cuidado; e a preconização de dois padrões de atenção básica – “essencial” e “ampliado”, que levanta a suspeita de essa formulação estar articulada à ampliação do mercado de clínicas privadas, justificando a criação de planos “populares” de saúde de baixo custo, iniciativa que supostamente aliviaria a pressão sobre o SUS.

Giovanella (2018), ao tecer comentários críticos sobre o ensaio de Cecílio e Reis (2018), ressalta que a PNAB de 2017, ao romper com a prioridade do modelo que privilegia a ESF, provavelmente trará repercussões negativas à saúde da população. A autora acrescenta que a indução financeira é fundamental para a redução de heterogeneidades e desigualdades sociais e regionais, e é imprescindível para a promoção da equidade. Além disso, menciona que o recente processo de reformulação dos repasses financeiros com o fim dos cinco blocos de custeio do SUS causa apreensão, pois mesmo argumentando-se que se trata apenas de agilização de fluxos financeiros, tanto a atenção básica quanto a vigilância em saúde podem ter seus recursos afetados, devido a pressões dos outros níveis como, por exemplo, procedimentos de diagnose e terapia da atenção especializada.

Morosini e Fonseca (2017) citam algumas repercussões dessas mudanças no modelo de atenção e de gestão do trabalho,

tais como o aprofundamento da perspectiva biomédica, medicalizantes e procedimental; a concepção estreita de clínica, em detrimento do cuidado integral; a fragilização das já desafiantes ações de educação e promoção da saúde; a possível supressão de reuniões de equipe, diante das pressões por produtividade da lógica gerencialista hegemônica; e a acentuação da vulnerabilidade dos trabalhadores em virtude da flexibilização do trabalho, que em muitos contextos já é precarizado. As autoras alertam que essa “iniciativa atual de revisão parece pautar à retomada de ‘mínimos’ em várias dimensões” (MOROSINI; FONSECA, 2017, p. 2).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os fatos recentes mencionados têm gerado profundas preocupações em relação ao futuro do SUS diante do cenário de instabilidades e incertezas que se têm vivenciado nas instâncias das políticas públicas brasileiras, colocando em cheque uma de suas estratégias mais exitosas, qual seja a ESF como reorientadora do modelo de atenção.

Mais do que nunca, a organização e a articulação política de entidades e de todos os cidadãos brasileiros se fazem necessárias. O diálogo permanente com a população e a construção de uma agenda de mobilizações em defesa do SUS e da ESF é urgente, assim como a assunção da integralidade enquanto bandeira de luta materializada nas práticas, nas formas de organização e nas expressões das políticas, tendo os diversos sujeitos implicados papel decisivo nessa correlação de forças.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção primária à saúde e Estratégia Saúde da Família. *In*: CAMPOS, G. W. S. *et al.* (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012. cap. 25. p. 783-836.

AQUINO, R.; MEDINA, M. G.; NUNES, C. A.; SOUSA, M. F. Estratégia Saúde da Família e reordenamento do sistema de serviços de saúde. *In*: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.). **Saúde Coletiva**: teoria e prática. 1. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. cap. 25. p. 353-372.

ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da estratégia saúde da Família na Atenção Primária à saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1499-1509, 2016.

AROUCA, A. S. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo, Rio de Janeiro: Editora Unesp. Editora Fiocruz, 2003.

AYRES, J. R. C. M. Prefácio à 8ª edição. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2010. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf. Acesso em: 8 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**: regulamentação da Lei nº 8.080/90. 1.ed., 4. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Presidência da República. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. **Diário**

Oficial da União, Brasília, DF, 15 dez. 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 7 mai. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 de set. 2017. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>. Acesso em: 29 set. 2017.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paideia**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2011.

CAMPOS, G. W. S.; BEDRIKOW, R. **História da clínica a atenção básica: o desafio da ampliação**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

CECCIM, R. B.; MERHY, E. E. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. **Interface**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 531-542, 2009.

CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2009.

CECILIO, L. C. O.; REIS, A. A. C. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, e00056917, 2018.

CNS – Conselho Nacional de Saúde. **Recomendação do CNS nº 35, de 11 de agosto de 2017**. Recomenda à Comissão Intergestores Tripartite (CIT): que não delibere pela revisão da PNAB enquanto este amplo processo de debate estiver em desenvolvimento. Brasília: CNS, 2017.

DONNANGELO, M. C. F.; PEREIRA, L. **Saúde e sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da atenção primária à saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. especial, p. 208-223, set. 2018.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, e00029818, 2018.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção primária à saúde. *In*: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C. *et al.* (Orgs.) **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. (rev. e amp.). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012b. cap.16. P. 492-546.

HEIMANN, L. S.; MENDONÇA, M. H. A trajetória da atenção básica em saúde e do Programa de Saúde da Família no SUS: uma busca de identidade. *In*: LIMA, N. T.; GERCHMAN, S.; EDLER, F. C. (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. cap. 15. p.481-502.

JUDICIALIZAÇÃO na saúde: panorama aponta aumento de 727% nos gastos da União. 2017b. **Observatório de Análise Política em saúde**, Salvador, 23 mar. 2017. Disponível em: <http://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/noticias>. Acesso em: 17 ago. 2017.

MANIFESTO da Abrasco, Cebes e IDEC denuncia risco de aprovação-re-lâmpago de mudanças na lei de planos de saúde. **Observatório de Análise Política em saúde**, Salvador, 28 jun. 2017: Disponível em: <http://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/noticias>. Acesso em: 17 ago. 2017.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2009.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Práticas de saúde e tecnologias: contribuição para a reflexão teórica**. Série de Desenvolvimento de Serviços de Saúde, n. 6. Brasília: OPS, 1988.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades**. Cadernos Cefor – Textos, 1. São Paulo: CEFOR, 1992.

MENDES-GONÇALVES, R. B. Práticas de saúde e tecnologia: contribuição para a reflexão teórica. *In*: AYRES, J. R. C. M.; SANTOS, L. (Orgs.). **Saúde, sociedade e história: Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves**. 1.ed. São Paulo: Hucitec; Porto Alegre: Rede Unida, 2017. p. 194-250. cap. 6

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. *In*: MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**: textos reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013a.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. *In*: MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**: textos reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013b.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F. Revisão da Política Nacional de Atenção Básica numa hora dessas? **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 1, e00206316, 2017.

OBSERVATÓRIO DE ANÁLISE POLÍTICA EM SAÚDE. Notícia publicada em 27 de janeiro de 2017: **Descaso constitucionalizado e amparado pelos três poderes**. Leia entrevista de Jairnilson Paim sobre os impactos da PEC 55 no SUS. 2017a. Disponível em: <<http://www.analisepoliticaem-saude.org/oaps/noticias>>. Acesso em: 17 ago. 2017.

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde. **Renovação da atenção primária em saúde nas Américas**: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington, D.C.: OPAS, 2007.

PAIM, J. S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. *In*: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C. *et al.* (Orgs.) **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. (rev. e amp.). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012a. cap. 15. p. 459-492.

PAIM, J. S. Atenção primária à saúde: uma receita para todas as estações? **Saúde em Debate**, v. 36, n. 34, p. 343-347, jul./set., 2012b.

PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. Análise de situação de saúde: o que são necessidades e problemas de saúde? *In*: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Orgs.) **Saúde Coletiva**: teoria e prática. 1. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. cap. 2. p. 29-40.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade de na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2009. p. 69-116.

REFORMULAÇÃO da PNAB proposta pelo MS ameaça o sucesso da expansão da Atenção Básica no Brasil, denuncia Abrasco. **Observatório de Análise Política em saúde**, Salvador, 27 jul. 2017. Disponível em: <http://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/noticias>. Acesso em: 17 ago 2017.

REVISÃO da PNAB: entidades e pesquisadores cobram debate ampliado antes de decisão. **Observatório de Análise Política em saúde**, Salvador, 14 ago. 2017. Disponível em: <http://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/noticias>. Acesso em: 17 ago. 2017.

RIZZOTTO, M. L. F.; COSTA, A. M. Editorial. A esperança não morre quando sonhamos juntos. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 5-8, out./dez., 2016.

SANTOS, D. S.; MISHIMA, S. M.; MERHY, E. E. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 23, n. 3, p. 861-870, 2018.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco; Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, C. F. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: de-satando nós, criando laços. *In*: TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. **Modelo de atenção à saúde**: vigilância e saúde da família. Salvador: EDUFBA, 2006.

TEIXEIRA, C. F.; VILASBÔAS, A. L. Q. Modelos de atenção à saúde no SUS: transformação, mudança ou conservação? *In*: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Orgs.). **Saúde Coletiva**: teoria e prática. 1. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. cap. 21. p. 287-301.

CAPÍTULO 10

A NECESSIDADE DE REPENSAR A FORMAÇÃO EM SAÚDE: A INSERÇÃO DA SAÚDE COLETIVA NO CURRÍCULO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA DA UECE

Fabiola de Lima Gonçalves

Lídia Andrade Lourinho

Heraldo Ferreira Simões

José Jackson Coelho Sampaio

Cleide Carneiro

INTRODUÇÃO

O presente trabalho aborda aspectos discutidos a partir dos resultados de uma pesquisa documental realizada sobre a inserção da Saúde Coletiva no currículo do curso de graduação em Medicina da Universidade Estadual do Ceará - UECE, tomando como referência a definição elaborada por Paim (2000), para o campo da Saúde Coletiva.

A referência de que a Saúde Coletiva configura um “campo” é assinalada na maioria das publicações sobre a temática (OSMO e SCHRAIBER, 2015). Essa referência, baseando-se nas reflexões de Paim e Almeida Filho (1998, 2000) sobre a Saúde Coletiva, a configura como sendo um campo de conhecimento e âmbito próprio de práticas – “A Saúde Coletiva pode ser considerada como um campo de conhecimento de natureza interdisciplinar cujas disciplinas básicas são a epidemiologia, o

planejamento/administração de saúde e as ciências sociais em saúde” (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000, p. 63).

A Saúde Coletiva desenvolveu-se de forma pioneira no Brasil, através das experiências nos meados do século XX, onde acadêmicos, profissionais e pessoas associadas aos movimentos sociais e populares passaram a propor novas formas de se pensar a produção de saúde, e hoje constitui-se tanto como campo de saberes, como contexto de práticas. É influenciada pela antiga saúde pública e pelos setores das ciências humanas como a sociologia, psicologia, antropologia, educação, entre outros, passando a associar a produção de saúde à uma produção social que é historicamente construída e que traz no seu cerne os reflexos de um projeto que responde aos questionamento das estruturas hegemônicas em vigor na sociedade como um todo (PULAGA *et al.*, 2015).

Atualmente, com o crescimento da Saúde Coletiva e o surgimento de um corpo bem estabelecido de produções científicas, identifica-se a importância de discutir sobre as delimitações, competências, constituição e concretude desse campo. Numa primeira aproximação podemos associar o campo da Saúde Coletiva com os termos: Saúde Pública, Medicina Social ou Epidemiologia, possivelmente por ser novo e existir somente no contexto brasileiro, ou talvez por articular-se em uma dimensão mais prática dos serviços de saúde ou por se confundir com a dimensão de corte político-administrativo, necessita de reflexões mais aprofundadas no campo epistemológico (OSMO; SCHRAIBER, 2015).

A reforma educacional no Brasil tem se consubstanciado em diferentes ações e políticas como o Sistema Nacional de Avaliação do Ensino Superior - SINAES, as diretrizes curriculares nacionais - DCN, dentre outros que vêm projetando a avaliação curricular como processo central para a qualidade do ensino, especialmente no campo da saúde, sendo mais forte na Medicina.

A Medicina, reconhecida como uma das ocupações que iniciou a organização enquanto profissão, suscita aprimoramento contínuo, visto que, de acordo com uma das características que confere o *status* profissional de distinção, está incluído o controle do ensino (FEUERWERKER, 2013).

Nesse contexto, o currículo é o centro da orientação das escolas médicas sendo amplamente discutido em vários momentos em todo o mundo. Corroborando com a contínua necessidade de aprimoramento e formação profissional, foi realizada uma pesquisa documental sobre a inserção da Saúde Coletiva no currículo do curso de graduação em Medicina da UECE, tomando como referência os conceitos elaborados por Paim (2000), para o campo da Saúde Coletiva. A partir das disciplinas correlatas, identificamos diversos aspectos que podem ser repensados.

Encontramos como entrave para a melhor formação médica a formação para o Sistema Único de Saúde - SUS, tendo por base as propostas definidas pela Saúde Coletiva, a hipótese é de que as especialidades dominam o currículo, a saúde coletiva não é transversal, nem multiprofissional e, ainda, centrado no modelo de formação tradicional e biomédico. Portanto, o objetivo é analisar o currículo de graduação em Medicina da UECE, observando a inserção da Saúde Coletiva. A proposta pode vir a auxiliar a universidade na reestruturação curricular, escolha de conteúdos, seleção de professores, formando profissionais voltados para a atuação no SUS.

A SAÚDE COLETIVA

Partindo-se da confluência da promoção da saúde com a Saúde Coletiva verificamos que a Promoção da Saúde no Canadá e a Saúde Coletiva no Brasil são abordagens que têm contri-

buído para a renovação do pensamento sanitário contemporâneo, por terem em seu bojo, a ênfase no papel dos determinantes sociais no processo saúde/doença, resgatam o ideário da Medicina Social do século XIX, contrapondo-se aos modelos biomédicos que dominaram o pensamento sanitário na maior parte do século XX (CARVALHO, 2013).

Tais abordagens apresentam coincidências cronológicas com destaque para alguns eventos: em 1974 o Canadá apresenta o Relatório Lalonde, na promoção da Promoção da Saúde. No mesmo período, são publicados textos que fomentam o surgimento da Saúde Coletiva (AROUCA, 1975, DONNANGELO E PEREIRA, 1976). Ainda, em 1976, o Canadá realiza em conjunto com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, obtendo como produto a Carta de Ottawa, divulgando-a em vários continentes. Assim, há o surgimento do Movimento teórico, ideológico e político que se encontra nas origens e estratégias que definiram o panorama sanitário brasileiro para as próximas gerações.

Além do que, nos anos subsequentes, organizações internacionais como a OMS e a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), incorporaram o ideário da Promoção da Saúde e da Saúde Coletiva brasileira.

No caso da Saúde Coletiva, de sua valorização, bem como da integralidade e do trabalho interdisciplinar, voltado para o Sistema Único de Saúde (SUS), deverá nortear as reformas curriculares atuais do Governo Federal. No que diz respeito à formação de profissionais de saúde, percebe-se, a partir do ponto de vista de integração dos serviços de saúde, baseia-se, principalmente, na perspectiva de que a atenção à saúde deixa de ser vista como meramente curativa, individual e isolada do contexto social (RONZANI, 2007).

A Saúde Coletiva é uma área do conhecimento que, inicialmente, se apresentava como uma disciplina inserida nos cursos de graduação em saúde, sobretudo, na Medicina, na Enfermagem e na Odontologia. Hoje, vem permeando os mais diversos níveis em todas as suas profissões.

Portanto, a Saúde Coletiva coloca-se como um campo multi, inter e transdisciplinar, que articula vários conhecimentos e habita um espaço entre as disciplinas, as teorias, os conceitos, para, nesse espaço, produzir saberes e práticas que possam ser produto de diversas interações e conjunções; para criar um novo além das fronteiras rígidas das ciências; para conversar com a vida e ter sentido social, considerando que a realidade da saúde é complexa e multifatorial a partir de uma nova estética (ética) (LEAL; JUNIOR, 2012).

Para Montagner (2008), a realização de uma divisão real no conjunto de forças sociais que influenciaram a emergência da saúde coletiva no Brasil é impossível, mas o autor considera que, em linhas centrais, uma divisão que explicaria a influência dessas forças seria: 1) influência externa – movimentos sociais e mudanças históricas das sociedades; 2) influência ideológica – políticas públicas e organização corporativa e 3) influência interna e epistemológica – *corpus* de conhecimentos e instrumentos técnicos.

A divisão apresentada pelo autor supracitado inclui satisfatoriamente os fatores que neste estudo mostraram-se relevantes na gênese da saúde coletiva e permite ensaiar uma categorização explicativa/interpretativa da gênese desse campo.

Por isso, ensinar sobre um campo novo como a Saúde Coletiva requer uma nova interpretação, diferente da abordagem clássica da formação em saúde que supera os métodos tradicionais, para tanto, há a necessidade de normatização sobre a formação em saúde e nas mais diversas áreas, esta normatização passa

pela elaboração das diretrizes curriculares, de um projeto de curso que permita o protagonismo e a inserção do campo da Saúde Coletiva de forma transversal, conectada ao currículo.

Metodologia

A análise documental referente ao curso de graduação em Medicina da Universidade Estadual do Ceará - UECE é parte da dissertação intitulada: A inserção da Saúde Coletiva no curso de graduação em Medicina da UECE, que foi um requisito para obtenção do título de Mestra.

Os documentos disponibilizados pela coordenação do curso foram: ementas de disciplinas, Projeto Político Pedagógico e cronogramas de todos os semestres. Partindo da análise do cronograma, pudemos observar que o curso é formado de doze semestres em período integral, o que ocupa os turnos manhã e tarde.

Na proposta apresentada da documentação do curso, no Projeto Pedagógico do curso existem duas matrizes curriculares: uma de 2008 quando o curso foi iniciado e outra proposta a partir do ano de 2013, em um momento de revisão do projeto pedagógico, portanto podemos observar a iniciativa da universidade de adequar a oferta de disciplinas à real necessidade de formação em Saúde Coletiva.

Na análise documental toma-se em consideração a totalidade de um texto, classificando-o segundo a frequência de presença (ou de ausência) de itens de sentido. Busca-se introduzir certa ordem, segundo certos determinados, na desordem aparente. Os resultados não se pretendem neutros; a escolha dos critérios de classificação depende daquilo que se procura ou que se espera encontrar (COOPER; SAYD, 2000).

Para a coleta foram realizadas visitas à coordenação do curso, na direção do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, para obtenção do termo de anuência, além do fiel depositário, documentos necessários à coleta de dados.

A análise documental recorre à crítica histórica que, segundo Cohen e Manion (1990, p.87), usualmente desenrola-se em duas fases: primeiro, valoriza-se a autenticidade da fonte; segundo, avalia-se precisão ou valor dos dados. Os dois processos conhecem-se como crítica externa e crítica interna, respectivamente.

Como vimos a análise crítica de documentos é quase sempre expressa em crítica externa e crítica interna, sendo esta muito usada em pesquisas educacionais (RAIMUNDO, 2006).

Quando um pesquisador utiliza documentos objetivando extrair deles informações, ele o faz investigando, examinando, usando técnicas apropriadas para seu manuseio e análise; segue etapas e procedimentos; organiza informações a serem categorizadas e, posteriormente, analisadas; por fim, elabora sínteses, ou seja, na realidade as ações dos investigadores – cujos objetos são documentos – estão impregnadas de aspectos metodológicos, técnicos e analíticos. Neste estudo, a pesquisa documental proporcionou elementos significativos para que chegássemos a algumas considerações e resultados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao todo, fazem parte do currículo, 37 disciplinas distribuídas em oito semestres e quatro disciplinas de estágio no final do curso que têm um total de 9.656 horas, 568 créditos, duração mínima de 12 semestres e máxima de 18.

No novo currículo de 2013, houve uma redução da carga horária total. Na proposta de 2013, o curso tem 9.588 horas, o internato permaneceu com a mesma carga horária, portanto, um percentual total de 4,9% da carga horária total do currículo.

Então, houve um significativo aumento no total de disciplinas, incluindo as optativas, somadas na matriz curricular – 44 ao todo. Em 2008, o percentual representado referente ao campo da Saúde Coletiva era de 16%, já em 2013 este percentual foi de 18%, havendo então um incremento, apesar de discreto.

Um dos aspectos principais das diretrizes curriculares (BRASIL, 2001) é a indicação de que na graduação deve haver maior vinculação da formação acadêmica às necessidades sociais de saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde - SUS. Indicam que os cursos de graduação devem ter como eixo do desenvolvimento curricular o processo saúde-doença em todas as suas dimensões e manifestações – considerando o cidadão, a família e a comunidade, integrados à realidade epidemiológica e social.

Observamos na pesquisa realizada que as disciplinas relacionadas ao campo da Saúde Coletiva, quando surgem, se encontram até, aproximadamente, metade do curso, e, na outra parcela, se alocam disciplinas exclusivamente biológicas. Esta divisão no currículo traduz uma simbólica separação dos campos de conhecimento. Em um primeiro momento são estudadas disciplinas tidas como básicas, e os alunos seguem uma sequência de especialização em áreas da Medicina, experimentando novos campos de prática e exercitando a prática nos anos finais, o internato. Porém, sabemos que a Saúde Coletiva deve permear a formação e ser um campo transversal dentro do currículo dos cursos de saúde.

Flexner, citado por Mendes (1996), como influência importante na formação médica brasileira pontuou características da formação médica, como: o mecanicismo, biologicismo, espe-

cialização, hoje devendo ser percebida de forma discutível, por Almeida Júnior, 2010, em seu artigo intitulado Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo, uma grande contribuição para desconstrução de mitos.

Sobre os resultados obtidos, apresentamos a tabela a seguir, que contém informações comparativas da matriz curricular do curso de graduação e Medicina no ano de 2008 e no ano de 2013.

Tabela 1 – Comparativo entre a distribuição das áreas de conhecimento relacionadas à Saúde Coletiva em 2008 e 2013

2008			2013	
Semestre	Disciplina	Carga horária	Disciplina	Carga horária
I	Saúde Coletiva	68h	Saúde Coletiva	68h
II	Educação em Saúde	68h	Educação em Saúde	68h
III	Ciências Sociais e Saúde	68h	Epidemiologia	68h
	Epidemiologia	68h		
IV	Políticas Públicas de Saúde	68h	Ciências Sociais e Saúde	68h
			Planejamento em Saúde	68h
			Políticas Públicas de Saúde	68h
V	Planejamento e Organização dos Serviços de Saúde	68h	Informação e Avaliação em Saúde	68h
VI	-	-	-	-
VII	-	-	-	-
VIII	-	-	-	-
IX	-	-	-	-
X	-	-	-	-
XI	-	-	-	-
XII	-	-	-	-
Total	06	408	07	476

Fonte: Projeto Pedagógico do curso de medicina da UECE, 2012.

A partir da organização dos dados, pudemos perceber que houve mudanças relacionadas à Saúde Coletiva: em 2008 a matriz curricular apontava seis disciplinas e, posteriormente, em 2013 o total de disciplinas foi sete.

Nos dois primeiros semestres não houve nenhuma modificação. No terceiro, havia na matriz de 2008, duas disciplinas que eram de Epidemiologia e Ciências Sociais e Saúde, na matriz de 2013, permaneceu apenas a disciplina de Epidemiologia. Observamos que o semestre IV é o que concentra maior número de disciplinas relacionadas ao campo da Saúde Coletiva e Promoção da Saúde, que são: Ciências Sociais e Saúde; Planejamento em Saúde e Políticas Públicas de Saúde. Na matriz anterior havia apenas a disciplina de Políticas Públicas de Saúde ofertada neste semestre.

No quinto semestre, a disciplina apresentada na matriz foi a de Planejamento e Organização dos Serviços de Saúde, na matriz atual, esta disciplina teve uma nova denominação retirando-se o termo organização em serviços, ficando apenas Planejamento em Saúde que foi alocada no semestre anterior. No quinto semestre, a disciplina de Informação e Avaliação em Saúde foi implantada.

Com nova organização das disciplinas, como mudanças de nomes de algumas e de distribuição delas entre os semestres, houve, conseqüentemente, o aumento da carga horária de 408 horas para 476 horas.

A análise relativa ao campo da Saúde Coletiva contemplou, portanto, os semestres I (uma disciplina); II (uma disciplina); III (uma disciplina); IV (três disciplinas), V (uma disciplina). Nos demais semestres não foram constatadas nenhuma menção ao campo do objeto da pesquisa, totalizaram cinco semestres e sete disciplinas.

Uma disciplina inserida foi a de Informação e Avaliação em Saúde, a de Planejamento em Saúde que teve sua denominação modificada, retirando-se a organização de serviços. No que diz respeito à formação, o campo da saúde enfrenta alguns dilemas. Considerando os novos contextos de produção da saúde e as diretrizes curriculares nacionais para a formação das profissões da saúde, faz-se necessária uma nova revisão a respeito da contribuição da Saúde Coletiva para as profissões nessa área (FEUERWERKER, AKEMAN, 2006).

A partir das ementas disponibilizadas, observamos que duas das ementas enviadas correspondiam: à Saúde da Família e Comunidade; e ao Ambulatório de Atenção Básica. Portanto, mediante ao envio dessas ementas podemos inferir que a coordenação do curso compreende estas como sendo parte da Saúde Coletiva.

No entanto, utilizando o autor escolhido para definição do campo, as ementas das disciplinas não estão inseridas no critério de categoria do campo da Saúde Coletiva (PAIM, 2000) e, desta forma, não serão utilizadas para os objetivos da pesquisa.

Todavia, vale ressaltar que outros autores classificam as citadas disciplinas como integrantes da área da Saúde Coletiva, como observado no Tratado de Saúde Coletiva (CAMPOS, *et al.*, 2006), que apresenta em um de seus capítulos o tema Política, Gestão e Atenção em Saúde; a Atenção Primária e Estratégia Saúde da Família, o que revela controvérsias no campo da Saúde Coletiva. Entendemos que se faz necessário um melhor alinhamento para a definição do campo. Em vista disso, a partir da definição de Paim (2000), analisamos as ementas das disciplinas: Saúde Coletiva; Epidemiologia; Ciências Sociais e Saúde; Planejamento em Saúde; Políticas Públicas de Saúde e Informação e Avaliação em Saúde.

Na ementa de cada disciplina analisaremos a bibliografia utilizada, os objetivos da disciplina, o conteúdo programático, a carga horária prática e teórica e a metodologia. Entretanto, o sistema de avaliação não foi analisado por estar fora do objeto da pesquisa.

A partir das informações coletadas nos documentos, observamos que a Saúde Coletiva na matriz curricular do Curso de Medicina da UECE teve suas áreas de conhecimento inseridas em disciplinas isoladas, mesmo esta matriz sendo revisada em 2013. Com a revisão houve um aumento da carga horária dedicada a esse campo de estudo.

Encontramos sete disciplinas distribuídas nos primeiros cinco semestres. O semestre que mais contém disciplinas alusivas ao campo da Saúde Coletiva, que são: Ciências Sociais e Saúde; Planejamento em Saúde; Políticas Públicas de Saúde

A primeira disciplina do semestre I deveria ter como objetivo abrir o campo e fazer uma introdução do que seriam as demais áreas que o permeiam, que são: a Epidemiologia, a Administração e Política-Planejamento e Gestão e os Determinantes Sociais de Saúde. Algo como uma introdução à área já que existem outras disciplinas com a denominação específica das áreas de conhecimento que compõem o campo. Em nenhum momento a Reforma Sanitária Brasileira (RBS) é citada, o que é preocupante, pois há uma intensa articulação entre a RBS e a Saúde Coletiva. Nessa mesma disciplina, nas metodologias, estão descritas várias estratégias, porém nenhuma aborda a interdisciplinaridade, multiprofissionalidade, pois o campo de atuação da Saúde Coletiva é, em seu cerne, formado de diversas categorias e profissões.

Ao observarmos a bibliografia constatamos que obras clássicas estão ausentes, ademais, destacamos que a grande maioria dos livros são publicações com mais de 10 anos. Além do mais,

dentre os objetivos não observamos nada que mencionasse a intenção de estudar sobre a realidade local e sua história.

Na descrição da disciplina de epidemiologia existem temas que estão repetidos, se observarmos a disciplina de Saúde Coletiva descrita no primeiro semestre, também encontramos simultaneamente em duas ou mais disciplinas.

Outros termos descritos tratam da Epidemiologia por termos desatualizados, se olharmos pelo prisma da Saúde Coletiva, bem como o conceito de epidemiologia ocupacional que é restrito a um conceito já superado.

No que se refere às estratégias metodológicas descritas na ementa, ao se tratar de uma disciplina eminentemente aplicável à prática e à realidade local, não percebemos estratégias que auxiliem na análise de gráficos, tabelas e quadros que são a principal forma de aglutinar os dados e indicadores elaborados na epidemiologia, nem tampouco temas e ferramentas para o ensino associadas ao acesso às salas de situação disponíveis *on line* pelo Ministério da Saúde, tal como o uso de ferramentas modernas como o uso do georreferenciamento, a associação a outras disciplinas, como a geografia, a sociologia, demografia, história, e a perspectiva de análise em conjunto com outras variáveis.

Entendemos que as referências limitadas a livros podem empobrecer as sugestões de referências bibliográficas para os alunos, a indicação de artigos que auxiliem na compreensão do método epidemiológico, assim como a indicação de filmes clássicos sobre grandes epidemias disponíveis, inclusive pela internet, poderia contribuir significativamente. Encontramos também referências desatualizadas.

No segundo semestre, a ementa da disciplina de Educação em saúde, traz elementos relacionados a concepções, emprego das práticas de educação em saúde, paradigmas, e a proposta de rea-

lizar visitas a instituições para observação de práticas educativas. Dentre os conteúdos apresentados foram apontadas abordagens à comunidade, à prevenção e à promoção da saúde, ao perfil do educador em saúde e à pesquisa educacional e à formação médica.

Ainda sobre a mesma disciplina, observamos que existe indicação de leituras prévias preparatórias para a apreciação de um filme, mas em nenhum momento na metodologia é citado este recurso metodológico.

Sobre a bibliografia, foram disponibilizadas 27 referências, muitas voltadas para a humanização produzida pelo Ministério da Saúde, outros de autores locais que focam na prática da enfermagem, e vão do ano de 2003 a 2011.

No semestre seguinte, no proposto pela ementa da disciplina de Ciências Sociais e Saúde estão temas relativamente divergentes ao que os teóricos dessa área debatem, pois, dentre os objetivos descritos pela ementa está o aprendizado com relação à tanatologia, à humanização e ao cuidado, à clínica ampliada e à atenção integral ao paciente. Não observamos tais temas nas referências teóricas encontradas.

Apesar disso, entendemos a inclusão desta disciplina no currículo do curso de graduação em Medicina como um avanço, porém precisamos examinar melhor o alinhamento entre o tema e os conteúdos dispostos na ementa. Porém, uma disciplina isolada é incapaz de trazer elementos necessários à discussão macro das Ciências Sociais e Saúde, pois os determinantes sociais permeiam o universo do adoecimento humano.

Outro aspecto discutido dentro da perspectiva das Ciências Sociais e Saúde são as questões ambientais que, mesmo relegadas, há a necessidade de se superar essa limitação e é mais urgente ainda quando, na perspectiva da Saúde Coletiva, tratamos dos problemas ambientais. Este enfoque ecossistêmico de

saúde como referência para subsidiar a reflexão acerca das inter-relações entre as Ciências Sociais e a Saúde Ambiental torna-se importante quando se considera a proeminência que ele vem ganhando na Saúde Coletiva.

Não foram identificados elementos relacionados às áreas de Economia, às Políticas, às necessidades sociais, às violências, bem como à Saúde Mental, e demais temas da contemporaneidade e modernidade como as doenças crônicas.

Foram encontrados, também, conteúdos não condizentes com o descrito pelos autores clássicos. Sobre os conteúdos estão propostos: a relação cultura e saúde-doença; humanização em saúde; relação médico-paciente e acolhimento e cuidados em saúde, dentre estes, apenas a relação médico-paciente é citada pelos autores. E conteúdos não inseridos como: religiosidade, ecologia e ambiente, e relações de trabalho.

Quanto à bibliografia recomendada a descrição é permeada de títulos bem característicos da Política de Humanização do Ministério da Saúde e títulos de autores locais, porém com ausência de autores clássicos das Ciências Sociais e Saúde.

A disciplina de Planejamento em Saúde foi a mais alinhada à proposta definida pelos autores estudados. Outro ponto que descrevemos é que os autores clássicos de referência dessa disciplina não estão compreendidos dentre a lista de referências, principalmente no que diz respeito ao planejamento em saúde. A única autora mencionada publicou obras mais recentes, além disso, foram identificadas referências de publicações com mais de 10 anos.

Na Disciplina de Políticas Públicas de Saúde, identificamos a ausência de elementos impostos pela própria definição de Saúde Coletiva enquanto um campo inter e multidisciplinar, pois aspectos como a cultura e a economia não foram encontrados nem na descrição da disciplina, nem nos conteúdos verificados.

Quando se fala em Políticas, dentro do contexto de um Sistema de Saúde, os alunos deveriam ter acesso a outras referências que desenvolvessem o tema de forma abrangente, pois nem todos os futuros médicos irão atuar na Atenção Primária à Saúde, ao que se restringe o currículo, contudo, precisam entender a organização da rede de atenção.

Também identificamos a ausência de autores de referência para a área de Políticas na Saúde Coletiva, o que aponta a fragilidade na formação dos alunos, nesse aspecto.

Na disciplina de Informação e Avaliação em Saúde, nos deparamos com termos e programas obsoletos inseridos na bibliografia da disciplina. Todavia, mesmo após revisão da matriz curricular em 2013, não houve a atualização das referências bibliográficas, o que demonstra uma bibliografia deficitária e, também, há um número excessivo de referências, esta é praticamente a maior dentre as disciplinas do campo da Saúde Coletiva e Promoção da Saúde.

Identificamos, assim, que o curso de Medicina da UECE, participa desde 2009, do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ - Saúde) e que também é articulado ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde).

Gusso *et al.* (2013) mencionam os referidos programas como principais dispositivos que visam à aproximação entre o ensino na área da saúde e as reais necessidades da população, procurando se afastar das falsas necessidades ou da prática criada essencialmente pela Medicina Privada, que lida de forma comercial com a saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observamos as disciplinas relacionadas diretamente ao Campo da Saúde Coletiva concentradas na primeira metade do curso que foram: Planejamento, Política, Gestão, Avaliação, Epidemiologia e Determinantes Sociais, portanto não caracterizando a transversalidade necessária à formação.

Não observamos atividades multiprofissionais formais, bem como as atividades de ensino não envolvem outras graduações, exceto pelo PET e PRO-saúde, descritos no Projeto Político de Curso - PPC. Outro ponto é a repetição de conteúdo, as metodologias que poderiam ser ajustadas,

A despeito dos avanços propostos no currículo do curso de graduação em Medicina da UECE, percebemos que a formação dentro do modelo biomédico ainda é hegemônica, apesar de ter disciplinas com denominações da Saúde Coletiva, como Planejamento, Política, Gestão, Avaliação, Epidemiologia e Determinantes Sociais, percebe-se um movimento para mudanças curriculares que devem utilizar o referencial da Saúde Coletiva como eixo orientador, respondendo às Diretrizes Curriculares Nacionais, com ajustes contínuos, portanto, o PPC deve ser instrumento orientador e constantemente revisitado pelos professores da Saúde Coletiva, além disso é interessante observar organização do currículo revendo a possibilidade de promover uma linha transversal para a Saúde Coletiva.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2234-2249, dez. 2010.

AROUCA, S. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Unesp, 2003.

BRASIL. Ministério da Educação Conselho Nacional de Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. **Diário Oficial da União**, 3 out. 2001, Seção 1E, p. 131.

CARVALHO, S. R. **Saúde Coletiva e Promoção da Saúde**: sujeito e mudança. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2013. 174 p.

COOPER, C. L. F.; SAYD, J. D. **Concepções de Saúde nos Parâmetros Curriculares Nacionais**. 2000. Dissertação (Mestrado) – Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social da UERJ, 2000.

DONNANGELO, M. C. F.; PEREIRA, L. **Saúde e sociedade**. 2. ed. São Paulo: Duas Cidades, 1979.

FEUERWERKER, L. C.; AKERMAN, M. M. Estou me formando (ou me forme) e quero trabalhar: que oportunidades o sistema de saúde me oferece na saúde coletiva? Onde posso atuar e que competências preciso desenvolver? *In*: CAMPOS, G. W. S. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 1. ed. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz, 2006. v. 1. p. 183-200.

GUSSO *et al.* Diretrizes para o ensino na atenção primária à saúde na graduação em medicina- Inclusão de novas propostas. *In*: MARINS, J. J. N.; REGO, S. **Educação Médica, Gestão cuidado, avaliação**. Rio de Janeiro: Hucitec, 2013.

LEAL, M. B.; JUNIOR, K. R. C. **Saúde Coletiva em debate**: reflexões acerca de um campo em construção. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 16, n. 40, p. 53-65, jan./mar. 2012.

MARINS, J. J. N.; REGO, S. (Orgs.). **Educação médica: gestão, cuidado, avaliação**. São Paulo: Hucitec, Associação Brasileira de Educação Médica, 2011.

OSMO, A.; SCHRAIBER, L. B. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. **Saúde e Sociedade**, v. 24, suppl. 1, p. 205-218, 2015.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova” saúde pública ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

PULGA, V. L. *et al.* A formação médica na produção de redes de cuidado e de educação em saúde: Reflexões a partir da Experiência da Saúde Coletiva do Curso de Medicina da UFFS/PF. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 199-215, 2015.

RAIMUNDO, H. F. **Escola superior de educação e comunicação**. Universidade do Algarve. 2006. Disponível em: [http://educaeic.blogspot.com.br/2006/10/como-fazer-anlise-documental.html](http://educaeic.blogspot.com.br/2006/10/como-fazer-analise-documental.html). Acesso em: 15/08/2017

REGO, S.; AGATI, M. S. Desenvolvimento Moral e Ambiente de Ensino-Aprendizagem nas Escolas Médicas. *In*: MARINS, J. J. N.; REGO, S. **Educação Médica: gestão, cuidado, avaliação**. Hucitec, Rio de Janeiro ABEM, 2013.

RONZANI, T. M. A reforma curricular nos cursos de saúde: qual o papel das crenças? **Rev. Bras. Educ. Med.**, v. 31, n. 1, p. 38-43. ISSN 0100-5502.

EPIDEMIOLOGIA

“Grandes realizações são possíveis quando se dá importância aos pequenos começos.”

Lao-Tsé

CAPÍTULO 11

VIGILÂNCIA EM SAÚDE DOS ACIDENTES VASCULARES CEREBRAIS: UM DESAFIO DA SAÚDE COLETIVA

Hermínia Maria Sousa da Ponte

Carlos Henrique do Nascimento Morais

Pedro Braga Neto

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial que desafia os serviços de saúde. Entre 1980 e 2000, a população com 60 anos ou mais cresceu 7,3 milhões, totalizando mais de 14,5 milhões em 2000. E as projeções da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam que até 2025, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos, devendo ter cerca de 32 milhões de pessoas com mais de 60 anos (VIEIRA *et al.*, 2012).

O aumento da longevidade, alcançado por meio do desenvolvimento socioeconômico e científico pode resultar em uma sobrevida marcada por incapacidades e dependências. A alteração epidemiológica que resultou na transição demográfica modificou o perfil de morbimortalidade populacional, mas nem sempre foi acompanhada de manutenção da saúde adequada dessa clientela. Como resultado, houve o aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), cujas sequelas e complicações podem ocasionar incapacidades, dependência e necessidades de cuidado de longa permanência (BRASIL, 2013).

Nos idosos, em particular, o custo com a saúde é maior devido às internações mais frequentes, maior tempo de ocupação do leito que em outras faixas etárias e à necessidade de atendimento médico e de intervenção multidisciplinar contínua. Todo esse quadro tem sido motivo de preocupação pelos onerosos gastos com a sofisticada Medicina moderna no desenvolvimento de diagnósticos e tratamentos das DCNT com seu aspecto limitante e suas repercussões na vida do indivíduo, da família e da sociedade (CRUZ *et al.*, 2017).

As DCNT compõem um grupo de entidades que se caracterizam por apresentar, de uma forma geral, longo período de latência, tempo de evolução prolongado, lesões irreversíveis e complicações que acarretam graus variáveis de incapacidade ou óbito, e vêm ocupando um maior espaço no perfil de morbimortalidade de populações latino-americanas. As DCNT são as que apresentam maior índice de mortalidade no mundo, além disso, causam diminuição da qualidade de vida, pois limitam as atividades/lazer, provocando impactos econômicos para as famílias e aumentando iniquidades e pobreza, e tratam-se do problema de saúde pública de maior magnitude atualmente, inclusive no Brasil (SOAR, 2015).

Dentre as doenças crônicas não transmissíveis que podem comprometer a capacidade funcional, tem-se o Acidente Vascular Cerebral (AVC), considerado um problema de saúde pública, situado entre as três maiores causas de morte em muitos países e responsável por grande proporção da carga de doenças do sistema nervoso, sendo a principal causa de incapacidade neurológica grave, o que acarreta custos enormes, medidos em gastos com os cuidados de saúde e em produtividade perdida (VIEIRA *et al.*, 2012).

O AVC pode ser classificado de duas formas, isquêmico, que pode ter causa trombótica, ou o hemorrágico, onde há o

rompimento de um vaso do encéfalo acarretando extravasamento de sangue no parênquima cerebral. Ambos os tipos ocasionam disfunção cerebral, porém os mecanismos de lesão são diferenciados. O primeiro ocasiona diminuição da perfusão de sangue ao encéfalo, enquanto no segundo, a lesão cerebral é oriunda do contato direto das estruturas sanguíneas com as células encefálicas (CHAVES *et al.*, 2013).

O AVC vem alcançando destaque por ser a segunda doença que mais mata em todo mundo, e segundo dados de Brasil (2013) essa posição tende a ser mantida até o ano de 2030. No Brasil, as doenças cerebrovasculares foram responsáveis por 99.732 óbitos em 2010. Em 2012, 165.899 pessoas foram internadas pelo AVC e os gastos hospitalares giraram em torno de 163 milhões de reais (BRASIL, 2012).

Enquanto isso, a cada ano são registrados no Brasil, aproximadamente, 75 mil óbitos por doenças cerebrovasculares, em 2015. O Sistema Único de Saúde (SUS) registrou no ano de 2016 cerca de 200 mil internações para tratamento de AVC (BRASIL, 2017).

Esses dados ainda não representam o real cenário dos AVCs e ainda se agrava pela inexistência de estudo sobre sequelas, déficits neurológicos e motor em pacientes acometidos com AVC. Segundo Abramczuk e Villela (2009) é a maior causa de incapacitação da população na faixa etária superior a 50 anos, sendo responsável por 10% do total de óbitos, 32,6% das mortes com causas vasculares e 40% das aposentadorias precoces no Brasil.

O Estudo epidemiológico é definido como a principal ciência para o diagnóstico das condições de saúde-doença da população e seus principais fatores causais, assim como para identificação dos segmentos populacionais mais vulneráveis, além de avaliar a eficácia das políticas de saúde.

Todavia, conhecer os fatores epidemiológicos e a incapacidade de AVC destina-se ir além de fazer um estudo de incidência, mas desvendar o cenário das condições de saúde pública para propor alternativas no âmbito assistencial. Com base em estimativas é possível prover a quantidade de recursos humanos, de material para diagnóstico e tratamento e de leitos hospitalares disponíveis.

O fato é que o AVC é um grande problema da saúde pública mundial e ainda há um caminho longo a se percorrer para amenizar suas consequências na população, sejam elas geradas pela incapacidade física, sejam pelo impacto econômico e social que afeta os pacientes, seus familiares e o sistema de saúde.

Portanto, esta pesquisa bibliográfica traz a discussão da implementação da vigilância epidemiológica dos Acidentes Vasculares Cerebrais para construção de políticas de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação no Sistema Único de Saúde.

AS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA AVC

Na década de 90, ficou comprovado que as unidades de AVC diminuem a mortalidade e a incapacidade com um conjunto de ações simples e objetivas, como evitar febre, evitar queda da oxigenação, evitar aumento ou diminuição excessiva da glicose, mobilizar precocemente o paciente, evitar aspiração com alimentos. Mesmo assim, pouquíssimos hospitais no país oferecem este atendimento simples e barato, mas que necessita organização e treinamento da equipe (REDE AVC BRASIL).

Em 1995, ficou demonstrado que uma nova medicação, o rtPA (ativador do plasminogênio tecidual recombinante), também chamado de alteplase, quando aplicado endovenosamente

em até 3 horas do início dos sintomas é capaz de desobstruir o vaso da circulação cerebral ocluído durante o AVC isquêmico. Este tratamento, chamado trombólise, é o único tratamento efetivo aprovado para o AVC e aumenta muito as chances de recuperação do paciente.

A trombólise para o AVC está aprovada no Brasil desde 2001, mas, ainda hoje, poucos hospitais têm treinamento, estrutura e organização suficientes para implementá-la. Por isso, para evitar complicações, o tratamento exige um neurologista treinado no atendimento destes pacientes, que mesmo estando em regiões desprovidas de assistência de alta complexidade, devem ter uma rede de referência que tenha preparo para reconhecer os sinais e sintomas imediatos e transferir em tempo para Hospital de Referência para iniciar o treinamento.

A expansão das Unidades de AVC no Brasil aconteceu lentamente, em junho de 2008 o Brasil já apresentava 35 hospitais oferecendo tratamento trombolítico aos pacientes com excelentes resultados, semelhantes aos da literatura internacional. Destes hospitais, 14 atendiam pacientes do Sistema Público, demonstrando que o Brasil tem condições de oferecer o único tratamento disponível para o AVC com segurança.

Em 12 de abril de 2012 é lançada a Portaria nº 665 que dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com AVC, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC. Essa Portaria é parte integrante da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, propõe uma redefinição de estratégias que deem conta das necessidades específicas do cuidado ao AVC diante do cenário epidemiológico explicitado, bem como de um contexto sociodemográfico considerável, a exemplo do aumento

da expectativa de vida e, conseqüentemente, o envelhecimento da população, aumentando os fatores de risco e dimensionando mais ainda o seu desafio no SUS (BRASIL, 2012).

Em 2013, lança o Manual de rotinas de atenção ao AVC, que tem como objetivo apresentar protocolos, escalas e orientações aos profissionais de saúde no manejo clínico ao paciente acometido por AVC, permitindo, assim, o alcance da qualificação dos trabalhadores que atuam na “ponta”, desde a Atenção Básica, o ambulatório, o SAMU, a Sala de Estabilização, a UPA até as portas de entrada hospitalares, financiando melhorias na estrutura física e tecnológica destes serviços (BRASIL, 2013).

Ainda em 2013 Joinville-SC, tornou-se referência nacional no que diz respeito à epidemiologia do AVC ao ter aprovado a lei municipal 7448, de 12 de junho de 2013, que institui o banco de dados registro de AVC com o intuito de contribuir para a política pública de saúde, implementada pela Administração Pública Municipal, visando estratégias de prevenção da doença, fornecer informações com confiabilidade científica ao Gestor Municipal de Saúde para alocação de recursos na prevenção, controle e combate à doença (JOINVILLE, 2013).

Atualmente, Joinville desponta como referência em registro de casos de AVC, com mensuração de taxas de incidência, letalidade e mortalidade do AVC e determinar as taxas de prevalência dos fatores de risco cardiovasculares no Município, que impulsionaram organização do serviço de referência em nível municipal para atender a todos os tipos de AVC e com unidade completa, conforme preconizada pelo Ministério da Saúde.

Apesar dessas conquistas e do crescente avanço da Medicina, com a tecnologia de ponta e a alta complexidade do sistema hospitalar. As ações de vigilância em Saúde ao AVC e às DCNT, bem como as Unidades de Emergências para atendimento ao

AVC, não são ofertados equitativamente para população, principalmente pelas desigualdades regionais e dos municípios de médio e pequeno porte no interior dos estados, que conta negativamente a distância geográfica para atendimento no Hospital de Referência, insuficiência na quantidade de neurologistas, escassos serviços de imagens e baixa disponibilidade em leitos hospitalares, que são essenciais para salvar uma vida e/ou reduzir incapacidades.

Todas essas conjecturas fazem parte de uma análise a partir da ponta de um *iceberg*, obtidas pelos dados do Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), podem ser agravadas quando exploramos a fundo essa realidade encoberta, pois quantos desses pacientes com AVC ficaram com sequelas, como está a reabilitação física, o tratamento neurológico e os exames de imagens, quais os fatores de risco, acesso à medicação, à prevalência, à incidência e à mortalidade, entre outros que ainda não conseguimos mensurar.

ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Segundo Cabral (2008), o AVC é uma doença negligenciada por inexistir um retrato real no território nacional a respeito de sua notificação, por não haver um sistema de notificação obrigatória para morbidade de AVC, com registro de incapacidade, ficando apenas com os dados da mortalidade oriundos através da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) relacionados com AVC (I61 a I69), ou qualquer outra descrição relacionada com doença cerebrovascular, além de incipientes estudos que descrevem o desempenho funcional após o AVC.

Iniciado no final da década de 70 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o estudo de Monitoramento das Tendências e Determinantes em Doenças Cardiovasculares (MONICA), produziu, nas décadas de 70 e 80, uma confiável fonte de comparação de dados de incidência, letalidade e mortalidade por AVC (FEIGIN *et al.*, 2007). Infelizmente, nenhum país da América Latina foi incluído entre os 18 países envolvidos na pesquisa. Após a década de 80, persistiu a quase ausência de estudos de base populacional em países de baixa e média renda. Mesmo na década de 90 e na primeira década deste século, a maior parte dos estudos publicados com a metodologia “ideal” foi realizada em populações de cor branca e em países mais desenvolvidos.

Nesses países, estudos publicados nos últimos 20 anos demonstraram que as taxas padronizadas para primeiro evento de AVC, em pacientes acima de 55 anos, situaram-se entre 4 a 8 casos por 1000 habitantes por ano. De um modo geral, as taxas de incidência dos países de alta renda, e também da China, decaíram ou se estabilizaram nas últimas três décadas. Dados de 2005 dos EUA, demonstram, entretanto, que a taxa de incidência tem declinado somente em brancos, mas não em negros, cuja incidência em primeiro evento de AVC é quase o dobro (FEIGIN, 2007)

Assim como a incidência, a mortalidade nos últimos 30 anos em países desenvolvidos tem declinado, principalmente, no Japão, América do Norte e Europa Ocidental e, na última década, também na Europa Oriental. As curvas das taxas de mortalidade nos países em desenvolvimento, especialmente na América Latina, tem diminuído, ainda que menos pronunciadamente do que nos Estados Unidos e Canadá (LAVADO *et al.*, 2005).

Refletindo sobre o conteúdo exposto fica evidente que os países de baixa e média renda, inclusive o Brasil, onde, ao con-

trário de muitos países, o AVC persiste como primeira causa de óbito, precisam de estudos prospectivos de base populacional em cidades de diferentes perfis econômicos e culturais, que mensurem ao longo do tempo a evolução das taxas epidemiológicas, permitindo um checar o efeito real das políticas de saúde do Governo Federal, da qualidade da atenção privada e pública nas cidades ao nível da atenção primária, secundária e hospitalar.

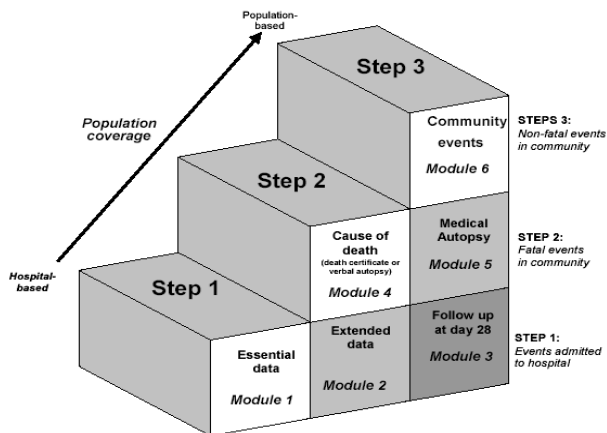
Dessa experiência, em 2014, a CNPq financiou um estudo Multicêntrico denominado de Registro Epidemiológico e Bio-banco Brasileiro de Acidente Cerebrovascular, que tem como objetivo definir incidência; mortalidade; letalidade; fatores de risco cardiovasculares; uso prévio de medicações; recorrência de AVC e IAM em 5 anos, desfecho funcional em 30 dias, 6 meses e cinco anos. Por meio de Registro, prospectivo de todos os casos de qualquer tipo de AVC (isquêmicos, hemorrágicos e subaracnoides) recorrentes ou não, nos anos de 2014, 2015, 2019 e 2020 nas cidades de Ribeirão Preto e Sertãozinho (SP), Canoas (RG), Sobral (CE) e Joinville (SC).

Esta Pesquisa utiliza como referencial para investigação epidemiológica para AVC o Manual STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e organizações não governamentais (ONGs) e, em particular, a Sociedade Internacional de Acidentes Vascular Cerebrais (ISS), ela possibilita uma padronização de estudos epidemiológicos possíveis de serem comparados por regiões e países, pois atua na minimização de perda para obtenção de um quantitativo mais fidedigno, em três STESP's (WHO, 2009).

No STEP 1, a informação sobre os pacientes com AVC admitidos em serviços de saúde, ou seja, são eventos captados diariamente nos Hospitais; já no STEP 2 busca identificar os casos fatais de AVC na mesma comunidade, identificados pelos

óbitos através da Declaração de óbitos por acidente cerebrovascular (CID I64 a I69) e investigação de autópsia verbal, dos casos não captados no STEP 1, ou investigação das causas mal definidas e, no STEP 3, estima os casos não fatais de AVC na mesma comunidade, que buscam os ambulatórios, consultórios na rede de saúde. Sendo assim a coleta dar-se-a nas seguintes características (WHO, 2009).

Figura 1 - Diagrama do STEPS de Acidente Vascular Cerebral



Fonte: WHO, 2009.

Essa modalidade é bastante complexa, apresenta alto custo, pois envolve uma equipe treinada e diária para contemplar todos os episódios, além da investigação aprofundada no Step 2, boa adesão do gestor e profissionais de saúde, para acesso à informação, registro de prontuários, exames de imagens, comunicação com toda a rede de atenção à saúde, para casos leves na comunidade e autópsia verbal.

Para que essas estratégias não sejam pontuais e específicas a uma doença, faz-se necessário a consolidação de um Sistema de Notificação das DCNT. A Vigilância em Saúde ao longo dos últimos anos vem se empenhando em estudos, Seminário e Fórum Global sobre prevenção, promoção e monitoramento das DCNT.

Em 2003, foi criada a Coordenação-Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDCNT)/SVS/MS), e sua principal missão consistia na criação e implantação da vigilância de DCNT em todas as esferas do sistema de saúde. Em setembro de 2005, promoveu o I Seminário Nacional de DCNT e Promoção da Saúde, com a participação de gestores estaduais e municipais, que teve entre outros eixos, o fortalecimento da gestão do sistema de vigilância, na sensibilização dos gestores de saúde e na capacitação de pessoas na vigilância de DCNT e o desenvolvimento de estudos, pesquisas e análise de DCNT, mediante parcerias com universidades (enquanto centros colaboradores) e avaliação de efetividade das intervenções propostas (MALTA *et al.*, 2006).

O processo de estruturação de um sistema de vigilância, controle e prevenção de DCNT no Brasil, além de sua indução em Estados e Municípios, implica investimentos na capacitação de recursos humanos, estruturação de bases de dados para o monitoramento das ações e avaliação dessas ações, pesquisas e parcerias com centros colaboradores, dedicados ao ensino e à pesquisa.

Para essa estruturação da Vigilância de DCNT, faz-se necessário uma ampla organização dos processos de trabalho, e deve ser executada em todos os níveis, de forma padrão devido às suas especificidades (MALTA *et al.*, 2006):

a) equipe técnica mínima composta de pessoas capacitadas em vigilância de DCNT, estável, porque vigilância de DCNT pressupõe acompanhamentos por tempo prolongado; b) acesso garantido aos bancos de dados de mortalidade e morbidade e a outros disponíveis, que subsidiem a vigilância; c) monitoramento das principais DCNT, com indicadores definidos; d) vigilância de fatores de risco estruturada; e) vigilância da utilização dos serviços de saúde, que aponte os impactos nos custos diretos – ao sistema de saúde – e indiretos – sociais e econômicos – da epidemia de DCNT para a sociedade; e f) agenda de trabalho estratégica para as atividades de sensibilização e defesa (*advocacy*) intra e extrasetorial, que atenda à necessidade de priorização das ações de prevenção de DCNT e de promoção da saúde, demonstrando que esse investimento é essencial (MALTA *et al.*, 2006).

O enfrentamento das DCNT exige esforços do setor Saúde; e de outros setores, dada sua magnitude e complexidade de seus determinantes. Para tal, o Ministério da Saúde lançou, em agosto de 2011, o ‘Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022’.

Entre suas metas visando ao fortalecimento da capacidade de resposta do Sistema Único de Saúde e à ampliação das ações de cuidado integrado para a prevenção e o controle das DCNT. As principais ações voltadas ao adoecimento cerebrovascular destacam-se a linha de cuidado com definição e implementação de protocolos e diretrizes clínicas com base em evidências de custo-efetividade, vinculando os portadores ao cuidador e à equipe da Atenção Primária, garantindo a referência e a contrarrefe-

rência para a rede de especialidades e hospitalar, e favorecendo a continuidade do cuidado e a integralidade na atenção (MALTA; MORAIS NETO; SILVA JUNIOR, 2011).

Acesso aos medicamentos de forma gratuita que são imprescindíveis na prevenção primária de AVC e sua recorrência. Almejam implementar o programa 'Saúde Toda Hora', que tem como objetivo o atendimento de urgência, com fortalecimento do cuidado integrado ao portador de doenças do aparelho circulatório na rede de urgência, entre unidades de promoção, prevenção e atendimento à saúde, com o objetivo de tornar esse atendimento mais rápido e eficaz (BRASIL, 2011).

Reafirma a Atenção domiciliar, com a sua ampliação do atendimento em domicílio a pessoas com dificuldades de locomoção ou que precisem de cuidados regulares ou intensivos e não de hospitalização, como idosos, acamados, portadores de sequelas de Acidente Vascular Encefálico - AVC, entre outros. E, no Hospital, a qualificação das Unidades coronarianas e de AVC para o atendimento em urgência e emergência por meio da criação, dentro dos hospitais, de unidades especializadas – unidades coronarianas e unidades de AVC, visando qualificar a resposta a esses agravos e possibilitar a criação de novas vagas hospitalares e de leitos de retaguarda (MALTA; MORAIS NETO; SILVA JUNIOR, 2011).

Com todas as ações estruturadas e metas alcançadas do 'Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2011-2022', pretendem reduzir a taxa de mortalidade prematura (< 70 anos) por DCNT em 2,0% ao ano (BRASIL, 2011).

Figura 2 - Projeção das taxas de mortalidade prematura (<70 anos de idade) pelo conjunto das quatro DCNT

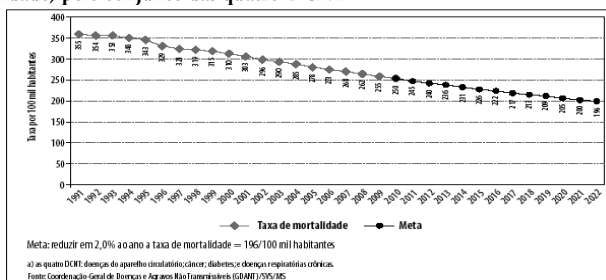


Figura 1 - Projeção das taxas de mortalidade prematura (<70 anos de idade) pelo conjunto das quatro DCNT. Brasil, 1991 a 2022

Fonte: BRASIL (2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É notório que o AVC tornou-se um problema de saúde pública, seus números mostram que ele está cada vez mais frequente na sociedade prejudicando a qualidade de vida dos acometidos e provocando gastos para o sistema de saúde.

Prevenir o AVC é a principal forma de evitar danos para a sociedade, reduzir gastos com leitos e reabilitação e potencializar os anos próximos de vida dos acometidos. No entanto, quando o evento ocorre fazem-se necessárias ações sofisticadas e especializadas, características da rede hospitalar, para promover uma assistência qualificada, porém devido à negligência a qual o AVC é submetido com relação à sua epidemiologia, o serviço de saúde ainda enfrenta dificuldades para realizar ações equânimes de promoção à saúde e às políticas de reabilitação e tratamento adequado para resolver os problemas derivados dessa patologia.

Nesse sentido, faz-se necessário avançar em estudos epidemiológicos de AVC para se compreender o impacto na cidade, na região de saúde e no Brasil, reconhecer os fatores de risco em uma população para desencadear políticas e programas específicos de prevenção primária e secundária.

REFERÊNCIAS

ABRAMCZUK, B.; VILLELA, E. A luta contra o AVS no Brasil. **ComCiência**, Campinas, n.109, 2009. Disponível em: http://comciencia.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151976542009000500002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 15 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. **Manual de rotinas para atenção ao AVC**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_rotinas_para_atencao_avc.pdf. Acesso em: 14 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS Informações de Saúde – TABNET. **Assistência à saúde: Morbidade Hospitalar do SUS**. 2017. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/niuf.def>. Acesso em: 14 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 665, de 12 de junho de 2012**. Brasília, 2012. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sauidelegis/gm/2012/PRT0665_12_04_2012.html. Acesso em: 10 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CABRAL, N. L. **Avaliação da incidência, mortalidade e letalidade por doenças cerebrovasculares em Joinville, Brasil**: comparação entre o ano de 1995 e período de 2005-6. (Projeto JOINVASC). 2008. Tese (Doutorado em Medicina) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

CHAVES, D. B. R.; COSTA, A. G. S.; OLIVEIRA, A. R. S.; SILVA, V. M.; ARAUJO, T. L.; LOPES, M. V. O. Comunicação verbal prejudicada: investigação no período pós-acidente vascular encefálico. **Rev. Rene**, v. 14, n. 5, p. 877-85, 2013. Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/11386/1/2013_art_dbrchaves.pdf. Acesso em: 11 jun. 2017.

CRUZ, M. F.; RAMIRES, V. V.; WENDT, A.; MIELKE, G. I.; MARTINEZ-MESA, J.; WEHRMEISTER, F. C.; Simultaneidade de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis entre idosos da zona urbana de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, e00021916, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2017000205014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 jun. 2017.

FEIGIN, V. L. Stroke epidemiology in the developing world. **Lancet**, v. 365, p. 2160-1, 2007.

GAGLIARDI, R. B. Prevenção primária da doença cerebrovascular. **Diagn. Tratamento**, v. 20, n. 3, p. 88-94, 2015. Disponível em: <http://www1.paho.org/portuguese/ad/dpc/nc/steps-stroke.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2017.

JOINVILLE. **Lei nº 7448, de 12 de junho de 2013**. Joinville, 2013.

LAVADOS, P. M.; SACKS, C.; PRINA, L. Incidence, 30 day case-fatality rate, and prognosis of stroke in Iquique, Chile: a 2 year community-based prospective study (PISCIS project). **Lancet**, v. 365, p. 2206-225, 2005.

MALTA, D. C.; CEZÁRIO, A. C.; MOURA, L.; MORAIS NETO, O. L.; SILVA JUNIOR, J. B. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 15, n. 3, p. 47-65, set. 2006. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742006000300006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 15 jun. 2017.

MALTA; D. C.; MORAIS NETO, O. L.; SILVA JUNIOR, J. B. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 20, n. 4, p. 425-438, out-dez. 2011. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v20n4/v20n4a02.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Manual STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais da OMS**: enfoque passo a passo para a vigilância de acidentes vascular cerebrais. Genebra, Organização Mundial da Saúde, 2009.

SOAR, C. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em idosos não institucionalizados. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 385-395, jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v18n2/1809-9823-rbagg-18-02-00385.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2017.

VIEIRA, C. P. B; FIALHO, A. V. M.; ALMEIDA, P. C.; MOREIRA, T. M. M. Idosos com acidente vascular encefálico isquêmico: caracterização sociodemográfica e funcional. **Rev. Rene**, v. 13, n. 3, p. 522-30, 2012. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3971/3137>. Acesso em: 16 jun. 2017.

CAPÍTULO 12

INFLAMAÇÃO, DOENÇAS CRÔNICAS E NUTRIÇÃO: CONTRIBUIÇÕES PARA A SAÚDE COLETIVA

Daianne Cristina Rocha

Helena Alves de Carvalho Sampaio

INTRODUÇÃO

O conhecimento da estrutura, função e regulação do sistema imune é fundamental para o entendimento da etiopatogenia de muitas doenças crônicas e para o desenvolvimento de processos que permitam sua regulação.

A resposta inflamatória, a primeira defesa do organismo a um dano tecidual, é um processo biológico complexo que envolve componentes vasculares, celulares e uma diversidade de substâncias solúveis, além de apresentar como sinais clínicos característicos rubor, calor, edema, dor e prejuízo funcional. A finalidade desse processo é remover o estímulo indutor da resposta e iniciar a recuperação tecidual local (ABBAS, LICHTMAN, 2003). Se a causa básica da inflamação não for totalmente eliminada, a inflamação aguda vai gradualmente dando lugar à inflamação crônica. A causa da cronificação é, portanto, a persistência do fator etiológico (JANCAR, 2009).

Atualmente, sabe-se que a inflamação crônica pode ser um fator etiológico para diversas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), entre elas: câncer, doenças cardiovasculares, obesidade,

diabetes, aterosclerose, Alzheimer e doenças autoimunes (CAVICCHIA *et al.*, 2009; TABAS, GLASS, 2013; ORTIZ *et al.*, 2013).

Muitos estudiosos ligados ao campo da saúde coletiva muitas vezes ignoram esta relação, considerando ser este enfoque próprio do campo exclusivamente clínico da saúde. No entanto, atualmente, a questão da inflamação insere-se dentro da cadeia etiológica das DCNT, a exemplo da predisposição genética e de fatores associados ao estilo de vida (CAVICCHIA *et al.*, 2009).

Nesse contexto, a dieta pode desempenhar um papel central na regulação da inflamação crônica. A dieta do tipo ocidental, que é rica em carne vermelha, laticínios ricos em gordura, cereais refinados e carboidratos simples, tem sido associada com níveis mais elevados de marcadores de inflamação, como a proteína C reativa (PCR) e a interleucina 6 (IL-6) (ESMAILLEZ-DEH *et al.*, 2007). Por outro lado, a dieta mediterrânea, que é rica em cereais integrais, peixe, frutas e hortaliças verdes, moderada ingestão de álcool e óleo de oliva e baixa ingestão de carne vermelha e manteiga, tem sido associada com níveis mais baixos de inflamação (ESPOSITO *et al.*, 2006).

Diante do exposto, neste capítulo será discutida a relação entre inflamação, doenças crônicas e nutrição, no intuito de aumentar o entendimento da complexidade envolvida na etiologia e, conseqüentemente, visando à prevenção e ao controle das DCNT.

INFLAMAÇÃO

A função imunológica tem sido conceitualmente dividida em imunidade adaptativa e imunidade inata. A imunidade adaptativa é a resposta imunológica mais tardia e é mediada pelos linfócitos (CALICH, VAZ, 2009). Tendo em vista que o foco

deste capítulo é uma abordagem sobre os aspectos inflamatórios e sua relação com nutrição e doenças crônicas, não será oportuno o detalhamento desta etapa da resposta imunológica.

A imunidade inata representa uma resposta rápida e estereotipada a um número grande, mas limitado, de estímulos. O processo inflamatório faz parte de um dos principais mecanismos na imunidade inata, além da fagocitose, liberação de mediadores inflamatórios, ativação de proteínas do sistema complemento, síntese de proteínas de fase aguda, citocinas e quimiocinas (HORWITZ, SARVETNICK, 1999).

Durante a inflamação, vários sistemas bioquímicos são ativados, auxiliando no estabelecimento, evolução e resolução do processo. Adicionalmente, substâncias solúveis de meia-vida curta são liberadas, exercem sua ação e são degradadas. Em geral, o sucesso na remoção do estímulo desencadeador leva ao término da resposta aguda e reparo tecidual completo (JANCAR, 2009). Quando esse processo de inflamação não é controlado corretamente, resulta em inflamação crônica (WARNBERG *et al.*, 2009).

Na inflamação crônica existe concomitância de destruição e reparo tecidual e o tecido apresenta caracteristicamente um infiltrado constituído por células mononucleares (monócitos, macrófagos e linfócitos), sinais de angiogênese e fibrose (JANCAR, 2009). A produção mais elevada de mediadores inflamatórios, como interleucina 6 (IL – 6), interleucina 1 (IL – 1), fator de necrose tumoral (TNF – α) e Proteína C Reativa (PCR) caracteriza a inflamação crônica de baixo grau que ocorre nas DCNT (CALDER *et al.*, 2011).

A PCR é produzida no fígado em resposta a níveis elevados de citocinas após um estímulo inflamatório, sendo um biomarcador sistêmico e amplamente utilizado para o diagnós-

tico de inflamação aguda e crônica (PEPYS, HIRSCHFIELD, 2003; KAPTOGE *et al.*, 2010).

Embora durante muitas décadas a PCR tenha sido utilizada como marcador de inflamação em condições como a artrite reumatoide, a utilização mais recente da PCR ultrasensível (PCR-us) tem permitido a detecção da inflamação em nível vascular (HASHIMOTO *et al.*, 2001). A elevação crônica da PCR-us fornece informações sobre o prognóstico e o risco de doenças cardiovasculares e neoplásicas (PEARSON *et al.*, 2003, MIYAKE *et al.*, 2010; DELUI *et al.*, 2015), e, em condições inflamatórias agudas, a PCR-us pode ser utilizada para monitorizar a resposta de um indivíduo ao tratamento (BRITO *et al.*, 2015).

A maioria dos estudos observacionais e ensaios clínicos têm usado a PCR-us como um marcador bioquímico de inflamação, uma vez que ela é relativamente estável e fácil de medir (BARBARESKO, 2013).

Inflamação e Doenças Crônicas

Indicadores sistêmicos elevados de inflamação estão implicados na carcinogênese, sarcopenia, aterosclerose, diabetes, neurodegeneração e outras doenças crônicas (PAWELEC *et al.*, 2014). Serão aqui detalhadas relações associadas a apenas duas DCNT, obesidade e câncer. Optou-se por estas porque, no caso da obesidade, trata-se de condição que atua como porta de entrada para várias DCNT, como diabetes, a hipertensão arterial sistêmica (HAS), dislipidemias, entre outras. No caso do câncer, trata-se de condição que mais recentemente vem sendo associada à inflamação.

Inflamação e Obesidade

Uma doença que já foi reconhecida como inflamatória é a obesidade, onde após um primeiro estudo, realizado com ratos, foi demonstrada maior expressão do fator de necrose tumoral-alfa (TNF- α) no tecido adiposo (HOTAMISLIGIL *et al.*, 1993). Desde então, outros estudos têm encontrado uma relação entre a obesidade e a alteração das funções metabólicas e endócrinas do tecido adiposo, demonstrando que, em indivíduos obesos, o tecido adiposo aumenta a síntese de citocinas pró-inflamatórias, como o angiotensinogênio, TNF- α , IL-6, leptina e outras. A resposta inflamatória da obesidade leva não somente à elevação da expressão de adipocinas pró-inflamatórias, mas também à redução daquelas com propriedades anti-inflamatórias, como a adiponectina (SAITO, 2013).

O tecido adiposo branco desempenha um papel crítico na regulação de processos inflamatórios, como um órgão endócrino e produtor de adipocitocinas (STOFKOVA, 2009).

A obesidade, através de suas características inflamatórias, tem importante papel no desenvolvimento e prognóstico do câncer de mama (PAPA *et al.*, 2013). Iyengar *et al.* (2015), em um estudo de revisão, apontam que tanto os efeitos locais quanto os sistêmicos da obesidade são susceptíveis a contribuir para o desenvolvimento e progressão do câncer.

Em estudo realizado no Japão com crianças de 6 a 11 anos, foi encontrado que elevados níveis de PCR ultrasensível (PCR-us) aumentam o risco de obesidade e que os níveis de PCR-us são melhores preditores da obesidade (em 12 meses de acompanhamento) do que a relação LDL/HDL colesterol (NISHIDE *et al.*, 2015). Portanto, no caso da obesidade, existe uma relação de “duplo sentido”, onde tanto a obesidade pode gerar um estado inflamatório quanto o estado inflamatório pode levar a obesidade.

Pessoa *et al.* (2015) comparando os níveis de PCR de pessoas eutróficas e com sobrepeso (com/sem síndrome metabólica) encontraram que pessoas com síndrome metabólica tinham aumento significativo de PCR.

Nos indivíduos obesos, geralmente, estão aumentados tanto os níveis de PCR (VISSER *et al.*, 1999; PAEPEGAEY *et al.*, 2015), como os de PCR-us (RAWSON *et al.*, 2003; MEDEHOUEYOU *et al.*, 2015).

Inflamação e Câncer

Atualmente, pesquisas têm avaliado a associação entre inflamação e câncer, apontando que a inflamação é, realmente, um importante fator que contribui para o aparecimento do câncer (TOUVIER *et al.*, 2013). A inflamação exerce impacto desde a iniciação tumoral até a instalação da doença metastática (BALKWILL, 2006; ELINAV *et al.*, 2013).

Assim, concentrações mais elevadas de diversos mediadores inflamatórios, incluindo PCR (AGGARWAL, 2010; ALLIN, NORDESTGAARD, 2011; CALDER *et al.*, 2013), interleucina 6 - IL-6 (KRZYTEK-KORPACKA, 2013), interleucina 8 - IL-8 (FU *et al.*, 2015) e TNF- α (ZHOU *et al.*, 2015), têm sido associadas com o risco de vários cânceres. Por outro lado, as concentrações do hormônio anti-inflamatório adiponectina foram inversamente associadas ao câncer (KELESIDIS; KELESIDIS; MANTZOROS, 2006).

Aproximadamente 20% dos cânceres resultam de um estado inflamatório ou inflamação crônica (AGGARWAL; VIJAYALEKSHMI; SUNG, 2009). Diversas evidências conectam câncer e inflamação: doenças inflamatórias crônicas estão asso-

ciadas a risco aumentado de câncer; células e moléculas inflamatórias estão presentes no microambiente tumoral; ausência de mediadores inflamatórios inibe a progressão tumoral e metástase; e uso prolongado de anti-inflamatórios reduz o risco de mortalidade por câncer (BALKWILL, 2006; ELINAV *et al.*, 2013).

Por muitos anos, o câncer foi predominantemente considerado um processo celular autônomo. Contudo, o estudo do microambiente do tumor tem avançado para o conceito emergente de que a progressão do tumor é dependente de uma densa rede de interações entre células cancerosas, definição de nicho celular e a vasculatura circundante. Talvez, um dos mais importantes aspectos do microambiente do tumor seja a capacidade das células cancerígenas para modular a resposta inflamatória por meio de mediadores solúveis (ELINAV *et al.*, 2013).

A ativação de NF-Kb (fator nuclear kappa B) ocorre na maioria dos tumores por estímulos inflamatórios ou mutações oncogênicas, e resulta em efeitos pró-inflamatórios e proliferativos (BEN-NERIAH; KARIN, 2011).

O conceito de câncer induzido por inflamação foi fortemente estabelecido durante a década passada, mas muitos dos mecanismos que ligam processos inflamatórios aos seus efeitos moduladores sobre vários estágios do desenvolvimento do tumor ainda não foram desvendados. Alguns dos eventos moleculares que coordenam a interação entre células cancerosas e microambiente inflamatório têm sido determinados. No entanto, questões fundamentais permanecem a serem respondidas, e isso limita a capacidade de explorar o conhecimento crescente da associação da inflamação com o câncer para o desenvolvimento de novas abordagens terapêuticas (ELINAV *et al.*, 2013).

Níveis elevados de TNF- α e IL-6 circulantes também ocorrem em mulheres obesas e têm sido associados com o de-

envolvimento e progressão de tumores da mama (HURSTING *et al.*, 2012).

Touvier *et al.* (2013) examinaram prospectivamente a relação entre biomarcadores de inflamação, adiposidade, função endotelial e desenvolvimento de câncer. Um total de 13.017 pessoas participaram do estudo, na França, em 1994-1995. Os sujeitos foram acompanhados durante oito anos. Neste estudo, os níveis de PCR-us foram positivamente associados com o risco de câncer de próstata (quartil 4 *versus* quartil 1, análise multivariada, OR (*odds ratio*) = 3.04, 95% IC (intervalo de confiança): 1.28-7.23; $p = 0.03$). Ainda neste estudo, os níveis de moléculas de adesão solúvel intercelular 1 (*soluble intercellular adhesion molecule 1* – sI-CAM-1) foram positivamente associados com o risco de câncer de mama (quartil 4 *versus* quartil 1, análise multivariada, OR (*odds ratio*) = 1.86, 95% IC (intervalo de confiança): 1.06-3.26; $p = 0.048$). Em relação aos marcadores de adiposidade, leptina e adiponectina, os autores não encontraram relação direta com o risco de câncer, porém sabe-se que eles atuam como pró e anti-inflamatório, respectivamente. Os autores sugerem que pode ter ocorrido um sinergismo entre todos os biomarcadores estudados.

Inflamação e Dieta

Como já citado, a dieta tanto pode contribuir para a piora da inflamação, como pode combatê-la (ESPOSITO *et al.*, 2006; ESMAILLZADEH *et al.*, 2007). Alguns fitoquímicos presentes nos alimentos modulam a resposta inflamatória. Entre eles, o resveratrol (uvas) (INOUE, NAKATA, 2015; LV *et al.*, 2015), quercetina (frutas cítricas e maçã), indol – 3 – carbinol (crucíferas), sulforafano (crucíferas), ácido elágico (romã),

6 – gengibre (gingibre), catequinas (chá verde) (BASTOS *et al.*, 2009; PISTOLATTO *et al.*, 2015), genisteína (soja) (BASTOS *et al.*, 2009; XU *et al.*, 2015), curcumina (cúrcuma) (BASTOS *et al.*, 2009; JOE *et al.*, 2014; LU *et al.*, 2015), e capsaicina (pimenta vermelha) (JOE *et al.*, 2014).

Navarro *et al.*, 2014, em um estudo com jovens adultos, encontraram que o consumo de vegetais crucíferos influenciou os níveis de IL-6, mas não os de PCR. Outros estudos têm sugerido que frutas, vegetais e grãos integrais são associados com baixas concentrações de PCR (OLIVEIRA *et al.*, 2009; JULIA *et al.*, 2013).

Nutrientes específicos, tais como ácidos graxos ômega-3 (KALOGEROPOULOS *et al.*, 2010; LABONTÉ *et al.*, 2014; LE MIEUX *et al.*, 2015), fibras (VAN DIJK *et al.*, 2009), vitamina E (GARCIA-BAILO *et al.*, 2011), vitamina C (MIKIROVA *et al.*, 2012), beta-caroteno (WU *et al.*, 2015), vitamina D (CANNELL *et al.*, 2014) e magnésio (CHACKO *et al.*, 2010) também têm sido consistentemente associados com baixos níveis de inflamação.

O consumo moderado de álcool se associa a baixos níveis de inflamação (DALGÅRD *et al.*, 2009). Já o consumo em excesso de carne vermelha foi associado com níveis aumentados de PCR, porém não foi associado com níveis de adiponectina (LEY *et al.*, 2013).

Em uma revisão sistemática, Barbaresko *et al.* (2013) encontraram que maior consumo de carne ou padrão alimentar estilo ocidental (identificados através da análise de componentes principais ou escores dietéticos) tendeu a ser positivamente associado com biomarcadores de inflamação, predominantemente PCR; já padrões “saudáveis”, representados por dietas ricas em frutas e hortaliças, tenderam a ser inversamente associados.

Portanto, os estudos publicados detectaram padrões alimentares preditivos para biomarcadores, alguns incluindo apenas marcadores inflamatórios e outros também marcadores metabólicos. A maioria dos estudos incluiu o confronto dos dados alimentares com os níveis de PCR, como um marcador indicativo de inflamação crônica.

Em um estudo de coorte (Lothian Birth Cohort 1936) foram investigadas as relações potenciais entre biomarcadores de inflamação sistêmica (PCR e fibrinogênio) e alimentos em geral (padrões dietéticos), alimentos isolados (frutas e legumes), além de antioxidantes e flavonoides. A ingestão alimentar de 792 participantes foi avaliada usando um Questionário de Frequência Alimentar (QFA) composto de 168 itens. Usando análises de regressão logística, os níveis de PCR (normal *versus* elevada) foram associados positivamente ($p < 0,05$) com o padrão alimentar de “saúde-consciente” com baixo teor de gordura e com a ingestão de frutas. O fibrinogênio foi inversamente associado com o padrão dietético Mediterrâneo e com o consumo de frutas (CORLEY *et al.*, 2015).

Índice Inflamatório da Dieta

A fim de tornar mais operacional a avaliação da dieta quanto ao seu potencial inflamatório ou anti-inflamatório, Cavicchia *et al.* (2009) desenvolveram um Índice Inflamatório Dietético (IID).

O primeiro passo para o desenvolvimento deste índice foi a revisão de literatura, pesquisando o papel dos compostos alimentares sobre cinco marcadores inflamatórios: interleucina -1 beta (IL-1 β), interleucina 4 - IL-4, IL-6, interleucina 10 - IL-

10, TNF- α e PCR. Foram utilizadas várias estratégias de busca para cada termo a fim de diminuir a probabilidade de omissão de artigos relevantes.

Um total de 929 artigos publicados no período de 1950 a 2007, foram avaliados e classificados em escores. Foi dado um peso aos artigos de acordo com as suas características: em estudos conduzidos com seres humanos, foram atribuídos pesos 10, 8, 7 e 6, respectivamente para estudos experimentais, de coorte, de caso-controle ou transversais; peso 5 para estudos experimentais com animais; e peso 3 para estudos experimentais em cultura de células.

A partir da avaliação dos artigos foram identificados 41 componentes alimentares que mostraram ter efeito pró-inflamatório, anti-inflamatório ou não tiveram efeito, considerando os marcadores avaliados. Para tanto, foi estabelecido valor -1 para efeitos pró-inflamatórios (aumento significativo de IL-1 β , IL-6, TNF α ou PCR ou redução significativa de IL-4 ou IL-10); valor +1 para efeitos anti-inflamatórios (redução significativa de IL-1 β , IL-6, TNF α ou PCR ou aumento significativo de IL-4 ou IL-10); e valor 0 (zero) se o componente alimentar não afetou o marcador inflamatório (CAVICCHIA *et al.*, 2009).

Os autores, então, a partir de número de artigos com cada componente alimentar, o peso dado ao tipo de estudo e o efeito observado sobre os marcadores da inflamação (anti-inflamatório, pró-inflamatório e sem efeito), propuseram uma lista de valores para estes componentes, como exposto na Tabela 1 (CAVICCHIA *et al.*, 2009).

Tabela 1 - Constituintes alimentares e respectivos escores segundo o potencial inflamatório.

Constituent	Adjusted score	Measure
Energy	-0.0549	kJ/d
Energy*	-0.23	kcal/d
Garlic	0.27	g/d
Ginger	0.18	g/d
Saffron	0.18	g/d
Turmeric	0.774	g/d
Tea	0.552	g/d
Caffeine	0.035	g/d
Wine	0.48	g/d
Beer	0.2	g/d
Liquor	0.1	g/d
Alcohol	0.534	g/d
Carbohydrate	-0.346	g/d
Fiber	0.52	g/d
Fat	-0.323	g/d
(n-3) Fatty acids	0.384	g/d x 10
(n-6) Fatty acids	-0.016	g/d x 10
MUFA	-0.05	g/d
Saturated fat	-0.25	g/d
Protein	0.05	g/d
Cholesterol	-0.21	mg/d
Vitamin A	0.58	µg/d ÷100
Thiamin	0.05	mg/d
Riboflavin	0.16	mg/d
Niacin	0.26	mg/d
Vitamin B-6	0.286	mg/d
Folic Acid	0.214	µg/d
Vitamin B-12	-0.09	µg/d
Vitamin C	0.367	mg/d
Vitamin D	0.342	µg/d
Vitamin E	0.401	mg/d
β-carotene	0.725	µg/d ÷100
Magnesium	0.905	mg/d
Zinc	0.316	mg/d
Iron	0.029	mg/d
Selenium	0.021	mg/d
Quercetin	0.49	mg/d
Luteolin	0.43	mg/d
Genistein	0.68	mg/d
Daidzein	0.17	mg/d
Cyanidin	0.13	mg/d
Epicatechin	0.12	mg/d

Fonte: Extraído de Cavicchia *et al.*, (2009).

Observa-se que foram incluídos calorias, nutrientes, alimentos, bebidas alcoólicas e fitoquímicos na lista exibida. Os autores testaram este IID através de um estudo observacional longitudinal que mensurou cuidadosamente os dados dietéticos e a PCR-us, em, aproximadamente, 600 adultos durante 1 ano. A PCR-us foi avaliada como variável contínua e dicotômica (≤ 3 mg/L; > 3 mg/L) da resposta inflamatória, apontando a utilidade deste índice como preditor de inflamação (CAVICCHIA *et al.*, 2009).

Por outro lado, os autores (CAVICCHIA *et al.*, 2009) citaram algumas limitações do estudo: não foram avaliados padrões alimentares (apenas nutrientes ou outros constituintes de forma isolada); vieses de publicação (como foi dependente da literatura publicada); 90% da população do estudo foram de brancos não hispânicos; não foi incluída gordura trans, um componente que vem sendo reconhecido como pró-inflamatório.

Posteriormente, baseado no índice desenvolvido por Cavicchia *et al.* (2009) e envolvendo integrantes deste grupo, pesquisadores do Programa de Controle e Prevenção do Câncer da Universidade de Carolina do Sul desenvolveram um IID, com a proposta de ser usado em várias populações, para prever os níveis de marcadores inflamatórios e outros marcadores de saúde (SHIVAPPA *et al.*, 2013a; SHIVAPPA *et al.*, 2013b). As vantagens deste novo índice em relação ao anterior, foram: ampliação do número de artigos, atingindo até 2010, em um total de 1943 artigos; elaboração dos escores a partir das bases de dados de populações de 11 países (médias de ingestão); inclusão de gordura trans nos componentes alimentares, atingindo um total de 45 componentes; maior coerência em relação à classificação – quanto maior o número (mais positivo), mais pró-inflamatório.

A tabela 2 exhibe a proposta destes autores e a tabela 3 mostra a classificação global por eles proposta.

Tabela 2 - Componentes alimentares incluídos no índice inflamatório dietético, escores de efeitos inflamatórios, e os valores de ingestão do banco de dados; Estudo de Desenvolvimento do Índice Inflamatório Dietético, Columbia, SC, EUA, 2011-2012.

Food parameter	Weighted number of articles	Raw inflammatory effect score*	Overall inflammatory effect score +	Global daily mean intake † (units/d)	SD ‡
Alcohol (g)	417	-0.278	-0.278	13.98	3.72
Vitamin B ₁₂ (µg)	122	0.205	0.106	5.15	2.70
Vitamin B ₆ (mg)	227	-0.379	-0.365	1.47	0.74
β-carotene (µg)	401	-0.584	-0.584	3718	1720
Caffeine (g)	209	-0.124	-0.110	8.05	6.67
Carbohydrate (g)	211	0.109	0.097	272.2	40.0
Cholesterol (mg)	75	0.347	0.110	279.4	51.2
Energy (kcal)	245	0.180	0.180	2056	338
Eugenol (mg)	38	-0.868	-0.140	0.01	0.08
Total fat (g)	443	0.298	0.298	71.4	19.4
Fibre (g)	261	-0.663	-0.663	18.8	4.9
Folic acid (µg)	217	-0.207	-0.190	273.0	70.7
Garlic (g)	277	-0.412	-0.412	4.35	2.90
Ginger (g)	182	-0.588	-0.453	59.0	63.2
Fe (mg)	619	0.032	0.032	13.35	3.71
Mg (mg)	351	-0.484	-0.484	310.1	139.4
MUFA (g)	106	-0.019	-0.009	27.0	6.1
Niacin (mg)	58	-1.000	-0.246	25.90	11.77
n-3 Fatty acids (g)	2588	-0.436	-0.436	1.06	1.06
n-6 Fatty acids (g)	924	-0.159	-0.159	10.80	7.50
Onion (g)	145	-0.490	-0.301	35.9	18.4
Protein (g)	102	0.049	0.021	79.4	13.9
PUFA (g)	4002	-0.337	-0.337	13.88	3.76
Riboflavin (mg)	22	-0.727	-0.68	1.70	0.79
Saffron (g)	33	-1.000	-0.140	0.37	1.78
Saturated fat (g)	205	0.429	0.373	28.6	8.0
Se (µg)	372	-0.191	-0.191	67.0	25.1
Thiamin (mg)	65	-0.354	-0.098	1.70	0.66
Trans fat (g)	125	0.432	0.229	3.15	3.75
Turmeric (mg)	814	-0.785	-0.785	533.6	754.3
Vitamin A (RE)	663	-0.401	-0.401	983.9	518.6
Vitamin C (mg)	733	-0.424	-0.424	118.2	43.46
Vitamin D (µg)	996	-0.446	-0.446	6.26	2.21
Vitamin E (mg)	1495	-0.419	-0.419	8.73	1.49
Zn (mg)	1036	-0.313	-0.313	9.84	2.19
Green/black tea (g)	735	-0.536	-0.536	1.69	1.53
Flavan-3-ol(mg)	521	-0.415	-0.415	95.8	85.9
Flavones (mg)	318	-0.616	-0.616	1.55	0.07
Flavonols (mg)	887	-0.467	-0.467	17.70	6.79
Flavonones (mg)	65	-0.908	-0.250	11.70	3.82
Anthocyanidins (mg)	69	-0.449	-0.131	18.05	21.14
Isoflavones (mg)	484	-0.593	-0.593	1.20	0.20
Pepper (g)	78	-0.397	-0.131	10.00	7.07
Thyme/oregano (mg)	24	-1.000	-0.102	0.33	0.99
Rosemary(mg)	9	-0.333	-0.013	1.00	15.00

Fonte: Extraído de Shivappa *et al.*, (2013a).

Tabela 3 - Valores representativos do índice inflamatório dietético (IID). Estudo de Desenvolvimento do Índice Inflamatório Dietético, Columbia, SC, EUA, 2011-2012.

Diets graded according to inflammatory potential	IID
Maximum †	7.98
90th percentile ‡	4.00
75th percentile §	1.90
Overall median	0.23
25th percentile ¶	-2.36
10th percentile **	-3.37
Minimum ††	-8.87

Fonte: Extraído de Shivappa *et al.*, (2013a).

Segundo os autores (SHIVAPPA *et al.*, 2013a), este IID pode ser aplicado a qualquer população em que dados dietéticos tenham sido coletados. O IID, portanto, é baseado em uma extensa literatura incorporando estudos com cultura de células, animais e estudos epidemiológicos sobre o efeito da dieta sobre a inflamação. A pontuação do IID não é dependente de avaliação subjetiva da dieta ou recomendações de ingestão.

Como se baseia na literatura que relaciona dieta e inflamação, o IID não é limitado a micro e macronutrientes, como evidenciado nas Tabelas 1 e 2, mas incorpora componentes comumente consumidos na dieta incluindo flavonoides, especiarias e chá (SHIVAPPA *et al.*, 2013.a), aí podendo-se então encontrar uma rede envolvendo câncer, inflamação e constituintes dietéticos, fitoquímicos ou não.

Vários artigos (67) já foram publicados utilizando este índice e alguns serão apresentados a seguir. Wirth *et al.* (2014a), avaliando policiais americanos, encontraram que indivíduos com IID nos quartis 2 a 4 eram mais susceptíveis de possuir níveis elevados de PCR ($> 3\text{mg/L}$) em comparação com o quartil 1. A intolerância à glicose foi mais prevalente entre os policiais com IID no quartil 4, do que entre aqueles no quartil 1.

Wirth *et al.* (2014b) examinaram o IID da alimentação de pessoas sem turno fixo de trabalho. Os dados foram provenientes do National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES, 2005-2010). Os trabalhadores que tinham turnos de trabalho rotativo, tinham um IID superior, em comparação com os trabalhadores com turnos fixos diários.

Wood *et al.* (2014) compararam o IID de pessoas com asma ($n = 99$) e pessoas saudáveis ($n = 61$). A pontuação média do IID dos asmáticos foi mais elevada do que a média dos controles saudáveis ($-1,40$ x $-1,86$, $p = 0,040$), indicando que suas dietas eram mais pró-inflamatórias.

Shivappa *et al.* (2014) examinaram a capacidade do IID em prever o risco de câncer colorretal no “Iowa Women’s Health Study”. O IID foi computado em uma coorte de 34.703 mulheres. As análises multivariadas, ajustadas para IMC, hábito de fumar, tempo que permaneceu fumante, terapia de reposição hormonal, educação, diabetes, e total de ingestão energética, revelaram associações positivas entre IID e risco de câncer colorretal.

Shivappa *et al.* (2015a) em um estudo do tipo caso-controle, na Itália, examinaram a capacidade do IID em prever o risco de câncer de próstata. Participaram do estudo 1294 casos e 1451 controles. Neste estudo, homens com elevado escore do IID tiveram um maior risco de câncer de próstata, tanto analisando o IID como variável contínua, quanto como variável categórica, pois comparado com homens nos quartis menores do IID, homens no terceiro e no quarto quartis tiveram risco mais elevado.

Shivappa *et al.* (2015b) em um estudo realizado também na Itália e também do tipo caso-controle, examinaram a capacidade do IID em prever o risco de câncer de pâncreas. Participaram do estudo 326 casos e 652 controles. Associações significativamente positivas foram encontradas em análises multivariadas. Os participantes do estudo com elevado escore do IID tiveram um maior risco de câncer de pâncreas, utilizando tanto o IID como variável contínua, quanto categórica, novamente o risco sendo maior nos maiores quartis de consumo.

No estudo de Tabung *et al.* (2014) o IID foi utilizado na “Women’s Health Initiative” para avaliar prospectivamente este índice em relação ao risco de câncer colorretal em mulheres na pós-menopausa. Participaram 152.536 mulheres, com idade entre 50-79 anos e sem câncer colorretal no início do estudo (entre 1993 e 1998), as quais foram acompanhadas até 2010. Durante uma média de 11,3 anos de seguimento, um total de 1.920 casos

de câncer colorretal foram identificados. Pontuações mais altas no IID foram associadas com um aumento da incidência de câncer colorretal.

Zamora-Ros *et al.*, (2015) tiveram como objetivo investigar a associação entre o IID, câncer colorretal e uma potencial interação com polimorfismos nos genes inflamatórios. Dados do “Bellvitge Colorectal Cancer Study” foram utilizados (424 casos com câncer colorretal e 401 controles), sendo analisados quatro importantes polimorfismos de nucleotídeos localizados em genes relevantes na inflamação (IL-4, IL-6, IL-8, peroxisome proliferator-activated receptor *gamma* - PPAR γ). Foi observada associação direta entre câncer colorretal e IID. O escore do IID foi inversamente correlacionado com o polimorfismo SNP rs2243250 na IL-4 dos controles. Não houve correlação com outros genes inflamatórios.

Shivappa *et al.* (2015c), utilizando quatro marcadores de inflamação (PCR-us, fibrinogênio, homocisteína e IL-6), testaram a hipótese que elevados escores de IID são associados com aumento dos níveis de tais marcadores. Para o cálculo do IID foram utilizados dezessete indicadores alimentares específicos (carboidratos, proteínas, gorduras totais, gordura saturada, gordura monoinsaturada, gordura poli-insaturada, fibra, colesterol, w-6, tiamina, riboflavina, vitamina B₁₂, Fe, Mg, Zn, vitamina A e vitamina C). O IID foi associado com IL-6 e homocisteína, mas não foi associado com PCR-us e fibrinogênio.

CONCLUSÃO

Compreendendo que a inflamação crônica é um importante fator etiológico para o desencadeamento de diversas doen-

ças crônicas e que a alimentação pode atuar aumentando/diminuindo essa inflamação, mais pesquisas devem ser voltadas para essa temática, visando diminuir algumas lacunas ainda existentes nessa relação e possibilitando uma melhor atuação/orientação dos profissionais de saúde nas doenças inflamatórias. O IID desponta como uma ferramenta que pode ser útil na adoção de medidas de promoção da saúde.

REFERÊNCIAS

ABBAS, A. K.; LICHTMAN, A. H. **Cellular and Molecular Immunology**. 5. ed. Saunders, 2003.

AGGARWAL, B. B.; VIJAYALEKSHMI, R. V.; SUNG, B. Targeting inflammatory pathways for prevention and therapy of cancer: short-term friend, long-term foe. **Clin. Cancer Res.**, v. 15, n. 2, p. 425-30, 2009.

AGGARWAL, B. B. Targeting inflammation-induced obesity and metabolic diseases by curcumin and other nutraceuticals. **Annu. Rev. Nutr.**, v. 30, p. 173-99, 2010.

ALLIN, K. H.; NORDESTGAARD, B. G. Elevated C-reactive protein in the diagnosis, prognosis, and cause of cancer. **Crit. Rev. Clin. Lab. Sci.**, v. 48, p. 155-70, 2011.

BALKWILL, F. TNF-alpha in promotion and progression of cancer. **Cancer Metastasis Rev.**, v. 25, n. 3, p. 409-16, 2006.

BARBARESCO, J.; KOCH, M.; SCHULZE, M. B. *et al.* Dietary pattern analysis and biomarkers of low-grade inflammation: a systematic literature review. **Nutr. Rev.**, v. 71, n. 8, p. 511-27, 2013. DOI: 10.1111/nure.12035.

BASTOS, D. H. M.; ROGERO, M. M.; ARÊAS, J. A. G. Mecanismos de ação de compostos bioativos dos alimentos no contexto de processos inflamatórios relacionados à obesidade. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, v. 53, n. 5, 2009. ISSN 1677-9487. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27302009000500017>.

BEN-NERIAH, Y.; KARIN, M. Inflammation meets cancer, with NFκB as the matchmaker. **Nature Immunol.**, v. 12, p. 715-723, 2011.

BRITO, V.; ALCARAZ, A.; AUGUSTOVSKI, F. *et al.* High sensitivity C protein as an independent risk factor in people with and without history of cardiovascular disease. **Arch. Cardiol. Mex.** v. 85, n. 2, p. 124-35, 2015. DOI: 10.1016/j.acmx.2014.11.005.

CALDER, P. C.; AHLUWALIA, N.; ALBERS, R. *et al.* A consideration of biomarkers to be used for evaluation of inflammation in human nutritional studies. **Br. J. Nutr.**, v. 109, p. S1–S34, 2013.

CALDER, P. C. *et al.* Dietary factors and low grade inflammation in relation to overweight and obesity. **British Journal of Nutrition**, v. 106, 2011.

CALICH, V. L. G.; VAZ, C. A. P. Introdução à imunologia. *In:* VAZ, C.; CALICH, V. **Imunologia**. Rio de Janeiro: Reviter, 2009. p. 1-15.

CANNELL, J. J. Paracetamol, oxidative stress, vitamin D and autism spectrum disorders. **Int. J. Epidemiol.**, p. 1-2, 2014. DOI: 10.1093/ije/dyu004.

CAVICCHIA, P. P.; STECK, S. E.; HURLEY, T. G. *et al.* A new dietary inflammatory index predicts interval changes in high-sensitivity C-reactive protein. **J. Nutr.**, v. 139, p. 2365-2372, 2009.

CHACKO, S. A.; SONG, Y.; NATHAN, L. *et al.* Relations of dietary magnesium intake to biomarkers of inflammation and endothelial dysfunction in an ethnically diverse cohort of postmenopausal women. **Diabetes Care**, v. 33, n. 2, p. 304-10, 2010.

CORLEY, J.; KYLE, J. A.; STARR, J. M. *et al.* Dietary factors and biomarkers of systemic inflammation in older people: the Lothian Birth Cohort 1936. **Br. J. Nutr.**, v. 114, p. 1088-1098, 2015. DOI:10.1017/S000711451500210X.

DELUI, M. H.; KAMANDI, M.; DISFANI, H. F. *et al.* Investigating the Effect of Inflammation on Atrial Fibrillation Occurrence by Measuring Highly Sensitive C-reactive Protein (PCR-us). **JCTM**, v. 2, n. 2, p. 167-171, 2014.

ELINAV, E.; NOWARSKI, R.; THAISS, C.A. *et al.* Inflammation-induced cancer: crosstalk between tumours, immune cells and microorganisms. **Nat. Rev. Cancer**, v. 13, n. 11, p. 759-71, 2013. DOI: 10.1038/nrc3611.

ESMAILZADEH, A.; KIMIAGAR, M.; MEHRABI, Y. *et al.* Dietary patterns and markers of systemic inflammation among Iranian women. **J. Nutr.**, v. 137, n. 4, p. 992-8, 2007.

ESPOSITO, K.; CIOTOLA, M.; GIUGLIANO, D. Mediterranean diet, endothelial function and vascular inflammatory markers. **Public Health Nutr.**, v. 9, n. 8A, p. 1073-6, 2006. DOI: 10.1017/S1368980007668529.

FU, X.; JESELSON, R.; HOLLINGSWORTH, E.F. *et al.* Abstract PD6-2: FoxA1 gene amplification in ER+ breast cancer mediates endocrine resistance by increasing IL-8. **Cancer Res.**, 2015. DOI: 10.1158/1538-7445.

GARCIA-BAILO, B.; EL-SOHEMY, A.; HADDAD, P. S. *et al.* Vitamins D, C, and E in the prevention of type 2 diabetes mellitus: modulation of inflammation and oxidative stress. **Biologics**, v. 5, p. 7-19, 2011. DOI: 10.2147/BTT.S14417.

HASHIMOTO, H.; KITAGAWA, K.; HOUGAKU, H. *et al.* C-reactive protein is an independent predictor of the rate of increase in early carotid atherosclerosis. **Circulation**, v. 104, n. 1, p. 63-7, 2001.

HILL, M. J. Nutrition and Human Cancer. **Annals New York Academy of Science**, v. 833, p. 68-78, 1997.

HORWITZ, M. S.; SARVETNICK N. Viruses, host responses, and autoimmunity. **Immunol. Rev.**, v. 169, p. 241-53, 1999.

HOTAMISLIGIL, G. S.; SHARGILL, N. S.; SPIEGELMAN, B. M. Adipose expression of tumor-necrosis-factor-alpha-direct role in obesity-linked insulin resistance. **Science.**, v. 259, n. 5091, p. 87-91, 1993.

HURSTING, S. D.; DIGIOVANNI, J.; DANNENBERG, A. J. *et al.* Obesity, energy balance, and cancer: new opportunities for prevention. **Cancer Prev. Res.**, v. 5, p. 1260-72, 2012.

INOUE, H.; NAKATA, R. Resveratrol Targets in Inflammation. **Endocr. Metab. Immune Disord. Drug Targets.**, v. 15, n. 3, p. 186-195. DOI: 10.2174/1871530315666150316120316.

IYENGAR, N. M.; HUDIS, C. A.; DANNENBERG, A. J. Obesity and cancer: local and systemic mechanisms. **Annu. Rev. Med.**, v. 66, p. 297-309, 2015. DOI: 10.1146/annurev-med-050913-022228.

JANCAR, S. Imunidade e Inflamação. *In*: VAZ, C.; CALICH, V. **Imunologia**. Rio de Janeiro: Reviter, 2009. p. 17-39.

JOE, B.; NAGARAJU, A.; GOWDA, L.R. *et al.* Mass-Spectrometric Identification of T-Kininogen I/Thiostatin as an Acute-Phase Inflammatory Protein Suppressed by Curcumin and Capsaicin. **PLoS ONE**, v. 9, n. 10, 2014. DOI: 10.1371/journal.pone.0107565.

JULIA, C.; MEUNIER, N.; TOUVIER, M. *et al.* Dietary patterns and risk of elevated C-reactive protein concentrations 12 years later. **Br. J. Nutr.**, v. 110, p. 747-754, 2013.

KALOGEROPOULOS, N.; PANAGIOTAKOS, D. B.; PITSAVOS, C. *et al.* Unsaturated fatty acids are inversely associated and n-6/n-3 ratios are positively related to inflammation and coagulation markers in plasma of apparently healthy adults. **Clin. Chim. Acta.**, v. 411, p. 584-91, 2010.

KAPTOGE, S.; DI ANGELANTONIO, E.; LOWE, G. *et al.* C-reactive protein concentration and risk of coronary heart disease, stroke, and mortality: an individual participant meta-analysis. **Lancet**, v. 375, n. 9709, p. 132-140, 2010.

KELESIDIS, I.; KELESIDIS, T.; MANTZOROS, C. S. Adiponectin and cancer: a systematic review. **Br. J. Cancer**, v. 94, n. 9, p. 1221-5, 2006.

LABONTÉ, M. E.; DEWAILLY, E.; LUCAS, M. *et al.* Association of red blood cell n-3 polyunsaturated fatty acids with plasma inflammatory biomarkers among the Quebec Cree population. **Eur. J. Clin. Nutr.**, v. 68, p. 1042-1047, 2014. DOI:10.1038/ejcn.2014.125.

LE MIEUX, M. J.; NISHAN, S. K.; SHANE, S. *et al.* Eicosapentaenoic Acid Reduces Adipocyte Hypertrophy and Inflammation in Diet-Induced Obese Mice in an Adiposity-Independent Manner. **J Nutr.**, v. 145, p. 411-7, 2015.

LEY, S. H. *et al.* Associations between red meat intake and biomarkers of inflammation and glucose metabolism in women. **Am. J. Clin. Nutr.**, 2013. DOI: 10.3945/ajcn.113.075663.

LU, C.; YEN, G. Antioxidative and anti-inflammatory activity of functional foods. **Curr. Opinion in Food Sci.**, v. 2, p. 1-8, 2015. DOI: 10.1016/j.cofs.2014.11.002.

LV, Z. M.; WANG, Q.; CHEN, Y. H. *et al.* Resveratrol attenuates inflammation and oxidative stress in epididymal white adipose tissue: implications for its involvement in improving steroidogenesis in diet-induced obese mice. **Mol. Reprod. Dev.**, v. 82, n. 4, p. 321-8, 2015. DOI: 10.1002/mrd.22478.

LABONTÉ, M. E.; DEWAILLY, E.; LUCAS, M. *et al.* Association of red blood cell n-3 polyunsaturated fatty acids with plasma inflammatory biomarkers among the Quebec Cree population. **Eur. J. Clin. Nutr.**, v. 68, p. 1042-1047, 2014. DOI:10.1038/ejcn.2014.125.

MEDEHOUEYOU, T. C.; AYOTTE, P.; ST-JEAN, A. *et al.* Overweight and Obesity Prevalence Among School-Aged Nunavik Inuit Children According to Three Body Mass Index Classification Systems. **J. Adolesc. Health**, v. 57, n. 1, p. 31-6, 2015. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2015.03.022.

MIKIROVA, N.; CASCIARI, J.; ROGERS, A. *et al.* Effect of high-dose intravenous vitamin C on inflammation in cancer patients. **J. Transl. Med.**, v. 10, p. 189, 2012. DOI: 10.1186/1479-5876-10-189.

MIYAKE, K.; IMURA, S.; NISHIOKA, M. *et al.* Serum evaluation of soluble interferon-alpha/beta receptor and high-sensitivity C-reactive protein for diagnosis of the patients with gastrointestinal and hepatobiliary-pancreatic cancer. **Cytokine**, v. 49, p. 251-5, 2010.

NAVARRO, S. L.; SCHWARZ, Y.; SONG, X. *et al.* Cruciferous Vegetables Have Variable Effects on Biomarkers of Systemic Inflammation in a Randomized Controlled Trial in Healthy Young Adults 1, 2. **J. Nutr.**, v. 144, p. 1850-1857, 2014.

NISHIDE, R.; ANDO, M.; FUNABASHI, H. *et al.* Association of serum hs-CRP and lipids with obesity in school children in a 12-month follow-up study in Japan. **Environ Health Prev. Med.**, v. 20, p. 116-122, 2015. DOI: 10.1007/s12199-014-0433-3.

OLIVEIRA, A.; RODRIGUEZ-ARTALEJO, F.; LOPES, C. The association of fruits, vegetables, antioxidant vitamins and fibre intake with high-

-sensitivity C-reactive protein: sex and body mass index interactions. **Eur. J. Clin. Nutr.**, v. 63, p. 1345-1352, 2009.

PAEPEGAEY, A. C.; GENSER, L.; BOUILLOT, J. L. *et al.* High levels of CRP in morbid obesity: the central role of adipose tissue and lessons for clinical practice before and after bariatric surgery. **Surg. Obes. Relat. Dis.**, v. 11, n. 1, p. 148-54, 2015. DOI: 10.1016/j.soard.2014.06.010.

PAPA, A. M.; PIRFO, C. B. L.; MURAD, A. M. *et al.* Impacto da obesidade no prognóstico do câncer de mama. **Rev. Bras. Oncol. Clín.**, v. 9, n. 31, 2013.

PAWELEC, G.; GOLDECK, D.; DERHOVANESSIAN, E. Inflammation, ageing and chronic disease. **Curr. Opin. Immunol.** v. 29, p. 23-8, 2014. DOI: 10.1016/j.coi.2014.03.007.

PEARSON, T. A.; MENSAH, G. A.; ALEXANDER, R. W. *et al.* Markers of inflammation and cardiovascular disease: application to clinical and public health practice: a statement for healthcare professionals from the Centers for Disease Control and Prevention and the American Heart Association. **Circulation**, v. 107, p. 499-511, 2003.

PEPYS, M. B.; HIRSCHFIELD, G. M. C-reactive protein: a critical update. **J. Clin. Invest.**, v. 111, n. 12, p. 1805-1812, 2003.

PESSOA, N. G.; FIGUEIRA, F. D.; FERREIRA, A. R. M. Avaliação dos níveis séricos das enzimas hepáticas e proteína C reativa em indivíduos com sobrepeso com e sem Síndrome Metabólica. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 36, n. 15, 2015. DOI: 10.5433/1679-0367.2015v36n1Supl169.

RAWSON, E. S.; FREEDSON, P. S. OSGANIAN, S. K. *et al.* Body mass index, but not physical activity, is associated with C-reactive protein. **Med. Sci. Sport Exer.**, v. 35, n. 7, p. 1160-1166, 2003. DOI: 10.1249/01.MSS.0000074565.79230.AB.

SAITO, M. Brown adipose tissue as a regulator of energy expenditure and body fat in humans. **Diabetes Metab. J.**, v. 37, p. 22-9, 2013.

SHIVAPPA, N.; STECK, S. E.; HURLEY, T. G. *et al.* Designing and developing a literature-derived, population-based dietary inflammatory index. **Public Health Nutr.**, v. 17, p. 1689-1696, 2013. DOI: 10.1017/S1368980013002115.

SHIVAPPA, N.; STECK, S. E.; HURLEY, T. G. *et al.* A population based dietary inflammatory index predicts levels of C-reactive protein in the Seasonal Variation of Blood Cholesterol Study (SEASONS). **Public Health Nutr.**, v. 17, p. 1825-1833, 2013. DOI: 10.1017/S1368980013002565

SHIVAPPA, N.; PRIZMENT, A. E.; BLAIR, C. K. *et al.* Dietary Inflammatory Index (DII) and risk of colorectal cancer in Iowa Women's Health Study. **Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev.**, v. 23, p. 2383-2392, 2014. DOI: 10.1158/1055-9965.EPI-14-0537.

SHIVAPPA, N.; BOSETTI, C.; ZUCCHETTO, A. *et al.* Association between dietary inflammatory index and prostate cancer among Italian men. **Br. J. Nutr.**, 2015a. DOI: 10.1017/S0007114514003572.

SHIVAPPA, N.; BOSETTI, C.; ZUCCHETTO, A. *et al.* Dietary inflammatory index and risk of pancreatic cancer in an Italian case-control study. **Br. J. Nutr.**, 2015b. DOI: 10.1017/S0007114514003626.

SHIVAPPA, N.; HÉBERT, J. R.; RIETZSCHEL, E. R. *et al.* Associations between dietary inflammatory index and inflammatory markers in the Asklepios Study. **Br. J. Nutr.**, v. 113, n. 4, p. 665-71, 2015c. DOI: 10.1017/S000711451400395X.

STOFKOVA, A. Leptin and adiponectin: from energy and metabolic dysbalance to inflammation and autoimmunity. **Endocr Regul.**, v. 43, n. 4, p. 157-168, 2009.

TABUNG, F. K.; STECK, S. E.; MA, Y. *et al.* The association between dietary inflammatory index and risk of colorectal cancer among postmenopausal women: results from the Women's Health Initiative. **Cancer Causes Control**, v. 26, n. 3, p. 399-408, 2014.

TOUVIER, M.; FEZEU, L.; AHLUWALIA, N. *et al.* Association between prediagnostic biomarkers of inflammation and endothelial function and cancer risk: a nested case-control study. **Am. J. Epidemiol.**, v. 177, p. 3-13, 2013.

VAN DIJK, S. J.; FESKENS, E. J.; BOS, M. B. *et al.* A saturated fatty acid-rich diet induces an obesity-linked proinflammatory gene expression profile in adipose tissue of subjects at risk of metabolic syndrome. **Am. J. Clin. Nutr.**, v. 90, p. 1656-64, 2009.

VISSER, M.; BOUTER, L. M.; MCQUILLAN, G. M. *et al.* Elevated C-reactive protein levels in overweight and obese adults. **JAMA**, v. 282, p. 2131-35, 1999.

WARNBERG, J.; GOMEZ-MARTINEZ, S.; ROMEO, J. *et al.* Nutrition, inflammation, and cognitive function. **Ann. N. Y. Acad. Sci.**, v. 1153, p. 164-175, 2009.

WCRF/CUP. **Systematic review on diet, nutrition, physical activity and survival and second cancers in breast cancer survivors**. 2014b.

WIRTH, M. D.; BURCH, J.; SHIVAPPA, N. *et al.* Association of a dietary inflammatory index with inflammatory indices and metabolic syndrome among police officers. **J. Occup. Environ. Med.**, v. 56, p. 986-989, 2014a.

WIRTH, M. D.; BURCH, J.; SHIVAPPA, N. *et al.* Dietary inflammatory index scores differ by shift work status: NHANES 2005 to 2010. **J. Occup. Environ. Med.**, v. 56, p. 145-148, 2014b.

WOOD, L. G.; SHIVAPPA, N.; BERTHON, B. S. *et al.* Dietary inflammatory index is related to asthma risk, lung function and systemic inflammation in asthma. **Clin. Exp. Allergy**, v. 45, p. 177-183, 2015.

WU, T.; HUANG, S.; CHAN, S. *et al.* Combination of β -carotene and quercetin against benzo[*a*]pyrene-induced pro-inflammatory reaction accompanied by the regulation of antioxidant enzyme activity and NF- κ B translocation in Mongolian gerbils. **European Journal of Nutrition**, v. 54, n. 3, p. 397-406, 2015.

XU, M.; LIU, J.; ZHU, C. *et al.* Interactions between soy isoflavones and other bioactive compounds: a review of their potentially beneficial health effects. **Phytochem Rev.**, v. 14, p. 459-467, 2015. DOI: 10.1007/s11101-015-9398-0.

ZAMORA-ROS, R.; SHIVAPPA, N.; STECK, S.E. *et al.* Dietary inflammatory index and inflammatory gene interactions in relation to colorectal cancer risk in the Bellvitge colorectal cancer case-control study. **Genes Nutr.**, v. 10, p. 447, 2015.

ZHOU, J. P.; ZHEN-LIN, G.; MEI-LING, Z. *et al.* Snail interacts with Id2 in the regulation of TNF- α -induced cancer cell invasion and migration in OSCC. **Am. J. Cancer Res.**, v. 5, n. 5, p. 1680-1691, 2015.

CAPÍTULO 13

ANÁLISE DE CUSTO COM DENGUE E SUAS DEFINIÇÕES: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DE 2011 A 2015

Sônia Samara Fonseca de Morais

Waldélia Maria Santos Monteiro

Marcelo Gurgel Carlos da Silva

INTRODUÇÃO

A dengue é a infecção viral mais comum transmitida pelos mosquitos, essa doença, representa um grande problema de saúde pública que está se expandindo em ambas as taxas de infecção e alcance a população de todas as faixas etárias. Felizmente, vacinas, diagnósticos melhorados, abordagens inovadoras de controle de vetores e outras doenças estão em desenvolvimento, para o melhoramento das condições de saúde acometidas pelo vírus (SHEPARD, UNDURRAGA, BETANCOURT-CRAVIOTO, *et al.*, 2014).

No Brasil, as epidemias de dengue tornaram-se cada vez mais frequentes, com aumentos no número de hospitalizações e o aumento dos custos associados à doença. Em 2010, o Brasil teve 94.887 internações e 673 mortes por causa da dengue, representando 60,4% dos casos de dengue notificados mundialmente da doença. Nesse período, o Estado de Mato Grosso do Sul teve a segunda maior taxa de incidência de dengue no Brasil, com 2.593,6 casos por 100.000 habitantes (VIEIRA MACHADO, ESTEVAN, SALES, BRABES, CRODA, *et al.*, 2014).

A dengue impõe uma carga econômica, é uma doença substancial na maioria dos países tropicais e subtropicais. A incidência e a gravidade da dengue aumentaram dramaticamente nas últimas décadas. A dengue é essencial para informar a política de saúde, aumentar a conscientização sobre as doenças e avaliar o impacto das tecnologias de prevenção e controle da dengue (UNDURRAGA, *et al.*, 2015).

Estudos sugerem uma combinação de imediato, estratégias de curto prazo e de longo prazo para conhecimento da doença. As estratégias imediatas incluem, por exemplo, a documentação do número de visitas e após internação. Recomendações de curto prazo incluem a fusão de múltiplas fontes de dados, como coorte e dados de vigilância para melhorar as estimativas da incidência de dengue. Os esforços em longo prazo incluem o aumento da análise de soro e prevalência de dados econômicos, e uso de vigilância reforçada (por exemplo, utilização de incentivos incluindo setores sentinela do setor privado). A implementação destas medidas daria aos gestores dados confiáveis e sistemáticos para o fortalecimento de políticas sobre a aplicação no financiamento de novas estratégias para controlar a dengue (SHEPARD, UNDURRAGA, BETANCOURT-CRAVIOTO, *et al.*, 2014).

Em mais de 100 países a dengue vem sendo cada vez mais reconhecida como uma doença de grande preocupação, por ser uma doença endêmica que vem se expandindo para novas regiões, incluindo África e Ásia Ocidental, com cerca de 3 bilhões de pessoas em risco de infecção de saúde. Nessas condições a OMS apresenta dados de que um aumento de 30 vezes a incidência de dengue nos últimos 50 anos, após ajuste para estimativas de 100 a 200 milhões de infecções por dengue, 34 milhões de casos de dengue, 2 milhões de casos de dengue hemorrágico e 20.000 mortes por dengue anualmente, tornando a dengue a

mais importante doença viral dos seres humanos (HALASA, DONALD, SHEPARD, WU ZENG, 2012).

Em outras pesquisas são descritos que os recursos utilizados para a prevenção e o tratamento da dengue não estão disponíveis para saúde ou na economia como um todo. Dengue em competição com outras doenças possui recursos disponíveis limitados, especialmente em países endêmicos com epidemias de dengue, onde também há esforços para tecnologias de saúde disponíveis para reduzir o consumo de recursos utilizados para prevenir tratamento com a dengue é, portanto, de grande interesse, uma vez que os recursos economizados podem ser alocados para outras doenças e setores da economia. As investigações sobre as eficácias dessas tecnologias da saúde para combater a dengue são, hoje em dia, sempre complementadas por análises econômicas da saúde (STAHL *et al.*, 2013).

A epidemia de dengue de 1977 em Porto Rico custou cerca de US\$6,16 milhões para tratamento médico e prevenção, e 1994 custou US\$12 milhões apenas para tratamento médico. No entanto, como o número de casos suspeitos de dengue com evidência de aumento da gravidade da doença e variação substancial entre os anos (de um mínimo de 3.162 em 2002 para 21.319 em 2010), mais 25 pesquisas resumem o número de casos e custos de tratamento ao longo de uma série de anos (HALASA, DONALD, SHEPARD, WU ZENG, 2012).

Portanto, diante da importância da temática, a presente pesquisa teve como objetivo revisar a literatura recente acerca de uma análise de custos com dengue e suas definições no período de 2011 a 2015.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura mais recente sobre análise de custos com dengue. A escolha pela revisão integrativa se deu por se tratar de um método de pesquisa que permite buscar, a avaliação crítica, a síntese e a integração das evidências disponíveis acerca do tema.

Diante dos critérios estabelecidos, foram avaliados título e resumo de 51 artigos. Tendo sido adotados critérios de inclusão como: Texto completo disponível na base de dados MEDLINE e LILACS, fossem artigos nos idiomas: português, inglês e espanhol; Abordagem de assunto principal fosse dengue, custos de cuidados com saúde e custos e análise de custos, no período de 2011 a 2015.

Depois de adotados os critérios acima descritos permaneceram no estudo 14 artigos. Estes foram explorados através de leitura a fim de classificá-los em um quadro de acordo com os seguintes itens: autor, periódico, anos de publicação, título do artigo, objetivo do estudo, método, caracterizando como resultados do estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quadro 1 - Artigos selecionados para revisão integrativa, considerando autoria, periódico, ano de publicação, título, objetivo e método

AUTOR	PERIÓDICO-ANO DE PUBLICAÇÃO	TÍTULO DO ARTIGO	OBJETIVO DO ESTUDO	MÉTODO
Undurraga EA, Betancourt-Cravioto M, Ramos-Castañeda J, Martínez-Vega R, Méndez-Galván J, Gubler DJ, <i>et al.</i>	PLOS Neglected Tropical Diseases March 18, 2015	Economic and Disease Burden of Dengue in Mexico	Having objective and comparable estimates of the economic burden of dengue is essential to inform health policy, increase disease awareness, and assess the impact of dengue prevention and control technologies	Prospective cohort study

AUTOR	PERIODICO-ANO DE PUBLICAÇÃO	TITULO DO ARTIGO	OBJETIVO DO ESTUDO	MÉTODO
Shepard DS, Undurraga EA, Betancourt-Cravioto M, Guzma'n MG, Halstead SB, <i>et al.</i>	PLoS Negl Trop Diseases. Nov.8,2014	Approaches to Refining Estimates of Global Burden and Economics of Dengue	Our main focus in this article is on the costs of illness, particularly from the challenges to estimate the total episodes of symptomatic DENV infections.	Cohort study
Vieira Machado AA, Estevan AO, Sales A, Brabes KCdS, Croda J, <i>et al.</i>	PLoS Negl Trop Diseases. Set.2014	Direct Costs of Dengue Hospitalization in Brazil: Public and Private Health Care Systems and Use of WHO Guidelines	This study aimed to describe the direct costs of hospitalized dengue cases, the financial impact of admissions and the use of blood products where current protocols for disease management were not followed	a retrospective cross-sectional census study
Hans-Christian Stahl, <i>et al</i>	BMC Public Health 2013	Cost of dengue outbreaks: literature review and country case studies	The aim of this study is to unveil evidence on the cost of dengue outbreaks.	literature review
Shepard DS, Undurraga EA, Halasa YA	Asia. PLoS Negl Trop Dis 7(2),2013	Economic and Disease Burden of Dengue in Southeast Asia	Quantifying this burden is critical to set policy priorities and disease-control strategies.	literature review
Lee, Linda K. <i>et al.</i>	Trans R Soc Trop Med Hyg 2013	Safety and cost savings of reducing adult dengue hospitalization in a tertiary care hospital in Singapore	aimed to evaluate new admission criteria implemented at the Communicable Disease Centre, Tan Tock Seng Hospital (TTSH), Singapore, in March 2007 to determine their efficacy in reducing hospitalization	study cohort
T. Ditsuwan <i>et al.</i>	Tropical Medicine and International Health, 2013	Feasibility of ultra-low-volume indoor space spraying for dengue control in Southern Thailand	To assess the feasibility of conducting standard indoor space spraying using ultralow-volume (SID-ULV) in terms of willingness to pay (WTP) and ability to pay (ATP) and ability to conduct space spraying by local administrative organisations (LAO) in lower Southern Thailand.	Cross-sectional study
Wilder-Smith <i>et al.</i>	Trials 2012	The impact of insecticide-treated school uniforms on dengue infections in school-aged children: study protocol for a randomised controlled trial in Thailand	Our objective is to determine the impact of impregnated school uniforms on dengue incidence.	A randomised controlled

AUTOR	PERIODICO-ANO DE PUBLICAÇÃO	TITULO DO ARTIGO	OBJETIVO DO ESTUDO	MÉTODO
G. Dow, E. Mora	Antiviral Research 96 (2012) 203–212	The maximum potential market for dengue drugs V 1.0	extrapolating from publicly available information, we explored the economic burden attributable to dengue, the impact of dengue vaccines on clinical case loads, a possible alternative to tiered pricing for products for neglected diseases, and defined the maximum potential market for a dengue drug.	Prospective cohort study
T. Ditsuwan <i>et al.</i>	Tropical Medicine and International Health, volume 17 no 6 pp 767–774 June 2012	Cost of standard indoor ultra-low-volume space spraying as a method to control adult dengue vectors	To access the costs of standard indoor ultra-low-volume (SID-ULV) space spraying for controlling dengue vectors in Thailand.	Information on costs was collected from direct observations, interviews and bookkeeping records.
A. Baly <i>et al.</i>	Tropical Medicine and International Health, 2012	Costs of dengue prevention and incremental cost of dengue outbreak control in Guantánamo, Cuba	To assess the economic cost of routine <i>Aedes aegypti</i> control in an at-risk environment without dengue endemicity and the incremental costs incurred during a sporadic outbreak.	Prospective study
Halasa, Yara A., Donald S. Shepard, and Wu Zeng	The American Society of Tropical Medicine and Hygiene, 2012	Economic Cost of Dengue in Puerto Rico	We assessed direct and indirect costs of hospitalized and ambulatory dengue illness in 2010 dollars	Prospective study
Alphey N, Alphey L, Bonsall MB	PLoS ONE	A Model Framework to Estimate Impact and Cost of Genetics-Based Sterile Insect Methods for Dengue Vector Control	We apply estimates of the costs of RIDL-based SIT for vector control, based on data for irradiation-based SIT, to investigate the potential cost-effectiveness of this strategy.	Prospective study
Luz <i>et al.</i>	Lancet. Author manuscript; available in PMC 2012	Dengue vector control strategies in an urban setting: an economic modelling assessment	We did epidemiological and economic assessments of different vector control strategies.	Prospective study

Fonte: Elaborado pelos autores.

Estudos e avaliações econômicas de intervenções relacionadas às doenças e agravos à saúde da coletividade necessitam de fomento para pesquisadores, entidades públicas, entre outros, de modo a atenderem à demanda de questionamentos quando a intenção é investimento em políticas públicas de saúde.

A dengue traz elevada morbimortalidade em diferentes contextos sociais, culturais e econômicos. A repercussão econômica desta doença é claramente citada, referenciada em diversos estudos que buscam conhecer o impacto na saúde pública.

As políticas de saúde instituídas devem atuar com medidas preventivas e de controle do agente transmissor, como também no contexto terapêutico com o atendimento dos casos de doença e redução das complicações e mortes relacionadas.

O conhecimento e/ou a previsibilidade de quanto de recursos financeiros serão necessários para medidas eficazes de prevenção e controle da doença é o ensejo de qualquer gestor em saúde.

Undurraga (2015), em estudo realizado no México, identificou que o custo anual, incluindo a vigilância e o controle de vetores, foi de cerca de US\$170 milhões, ou US\$1,56 *per capita*, comparável a outros países das Américas.

Halasa (2012) em Puerto Rico, com enfoque populacional bem mais reduzido que estudo anterior, encontrou o custo anual total da dengue de US\$46,45 milhões, com US\$12,47 *per capita*, incluindo também atividades de vigilância e controle de dengue.

Shepard (2014) cita que estudos da carga econômica e da doença da dengue têm negligenciado alguns impactos econômicos de surtos de dengue, provavelmente porque os dados são escassos ou inexistentes, e há muita incerteza nos cálculos de custos. E, ainda lembra que as comorbidades e as complicações

associadas à infecção pelo DENV são outra fonte de fardo econômico que precisa ser considerado.

Ao analisar custos de dengue em situação de surto em 4 países, Peru, República Dominicana, Vietnã e Indonésia, Hans *et al.* (2013) relataram que os custos das intervenções de controle de vetores são inferiores aos custos com os surtos com dengue. Ainda que em contextos geográficos e de sistemas de saúde muito diferentes, as proporções dos diferentes componentes de custo (controle de vetores, vigilância, informação, educação e comunicação, custos médicos diretos e indiretos), como porcentagem dos custos totais, diferiram entre os respectivos países. Os recursos utilizados para o controle e o tratamento da doença de dengue eram específicos de cada país analisado.

Isso vem a corroborar com Baly *et al.* (2012) que, ao analisar os custos de prevenção da dengue e custo incremental do surto em Cuba, identificou que quando um surto de dengue ocorre eventualmente, os custos aumentam acentuadamente. Neste estudo, o custo econômico total por habitante por mês aumentou de 2,76 USD em meses sem transmissão de dengue para 6,05 USD durante um surto.

Em uma avaliação mais ampla, Shepard (2013) evidenciou, em revisão da literatura, a carga econômica e de doença da dengue em 12 países do Sudeste Asiático, utilizando uma metodologia consistente que permite a comparação entre países. Estimaram uma média anual de 2,9m de episódios de dengue e 5.906 mortes, equivalendo a um custo anual *per capita* de US\$1,65 (0,03% PIB *per capita* em 2010) e uma carga de doença de 372 anos de vida ajustados por incapacidade (DALYs) por milhão de habitantes, uma taxa superior à de outras 17 condições, incluindo encefalite japonesa, infecções respiratórias superiores e hepatite B.

Citado por diversos autores, os custos dispensados para o tratamento da dengue e suas complicações, em geral, superam àqueles utilizados em medidas preventivas e de controle. Lee *et al.* (2013) demonstraram experiência com a redução de custos e redução de hospitalização de dengue adulto, através da implementação de novos critérios de admissão que incluíram parâmetros clínicos, laboratoriais e de previsão de dengue hemorrágica em 2007. Os novos critérios resultaram em uma economia mediana de US\$1,4 milhão para os pacientes em 2008.

Luz *et al.* (2012) relataram estratégias de controle de vetores de dengue em ambiente urbano, com uma avaliação de modelagem econômica, e identificaram que a abordagem com uso de inseticidas deve ser criteriosa ao ponto de se escolher estratégia custo-efetiva. A periodicidade, o momento epidemiológico adequado entre outros fatores deve ser densamente analisados, pois intervenções sobrepujadas podem trazer impacto quanto à resistência aos inseticidas e explosão de casos novos nos anos subsequentes.

Os gastos envolvidos, principalmente com tratamento desta moléstia infecciosa são divididos, distribuídos pelos diferentes atores que fazem parte do sistema de saúde. Considerando o relato de Vieira (2014) que, no Brasil, a saúde é responsabilidade do Governo Federal e é fornecida pelos sistemas de saúde privados e públicos, no entanto, durante um surto, ambos os sistemas tornam-se superlotados. Os municípios são responsáveis pela administração dos cuidados de saúde, com cooperação técnica e financeira do governo e dos estados. Os resultados desses estudos devem corroborar com profissionais de saúde, pesquisadores e formuladores de políticas de saúde a financiar a prevenção, o controle e o tratamento da dengue.

CONCLUSÃO

Alguns autores, aqui elencados, vieram considerar que, por conta das limitações na notificação das infecções sintomáticas de dengue, torna-se difícil estimar o real fardo da doença, que é provavelmente subestimado na grande maioria dos estudos. Quantificar esse fardo é fundamental para estabelecer prioridades de políticas e estratégias no controle da dengue.

As medidas preventivas e de controle à dengue, como diagnóstico, vacinação, controle dos vetores, novas tecnologias e tratamento estão sendo desenvolvidos e devem melhorar.

O endemismo da Dengue, em muitas regiões tropicais e subtropicais do mundo, lança-se em intensa morbimortalidade, incremento acentuado dos custos em saúde, principalmente, devido aos episódios de surtos e hospitalizações dos casos mais graves.

Nesta revisão integrativa observou-se a visão equânime de diversos autores elencados, assim, como organismos internacionais, cientistas, profissionais e gestores de saúde, que a Dengue se caracteriza como problema de grande magnitude para populações em diversos continentes, com impacto epidemiológico, social e econômico que deve ser fortemente considerado na elaboração e na implementação de políticas de saúde. Orientações devem ser desenvolvidas sobre as melhores práticas, bem como melhorar a qualidade e a comparabilidade dos resultados dos estudos de custos. Modelar os custos dos surtos de dengue e validar esses modelos através de estudos de campo devem nortear pesquisas futuras e corroborar para implementação de políticas em saúde.

REFERENCIAS

ALPHEY, N., ALPHEY, L.; BONSALL, M.B. A Model Framework to Estimate Impact and Cost of Genetics-Based Sterile Insect Methods for Dengue Vector Control. Ed. Pedro Lagerblad Oliveira. **PLoS ONE** 6.10 (2011): e25384. PMC. Web. 20 Mar. 2017.

BALY, A.; TOLEDO, M.E.; RODRIGUEZ, K. *et al.* Costs of dengue prevention and incremental cost of dengue outbreak control in Guantanamo, Cuba. **Trop Med Int Health**, v.17, n.1, p.123-32, Jan., 2012.

DITSUWAN, T., LIABSUETRAKUL, T., DITSUWAN, V., THAMMA-PALO, S. Feasibility of ultra-low-volume indoor space spraying for dengue control in Southern Thailand. **Trop Med Int Health**, v.18, n.2, p.230-6, Feb., 2013

DITSUWAN, T., LIABSUETRAKUL, T., DITSUWAN, V., THAMMA-PALO, S. Cost of standard indoor ultra-low-volume space spraying as a method to control adult dengue vectors. **Trop Med Int Health**, v.17, n.6, p.767-74, Jun., 2012.

DOW, G., MORA, E. The maximum potential market for dengue drugs V 1.0. **Antiviral Res.**, v.96, n.2, p. 203-12, Nov., 2012.

HALASA, Y. A.; SHEPARD, D.S.; ZENG, W. Economic Cost of Dengue in Puerto Rico. **The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene**, 86.5 (2012): 745–752. PMC. Web. 20 Mar. 2017.

HANS-CHRISTIAN STAHL, *et al.* Cost of dengue outbreaks: literature review and country case studies. **BMC Public Health**, 2013, Volume 13, Number 1, Page 1.

LEE, L.K. *et al.* Safety and Cost Savings of Reducing Adult Dengue Hospitalization in a Tertiary Care Hospital in Singapore. **Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene**, 107.1 (2013): 37–42. PMC. Web. 20 Mar. 2017.

LUZ, P.M. *et al.* Dengue vector control strategies in an urban setting: an economic modelling assessment. **Lancet**, 14; 377(9778): 1673–1680, May, 2011.

SHEPARD, D. S. *et al.* Approaches to Refining Estimates of Global Burden and Economics of Dengue. Ed. Bridget Wills. **PLoS Neglected Tropical Diseases**, 8.11 (2014): e3306. *PMC*. Web. 20 Mar. 2017.

SHEPARD, D.S.; UNDURRAGA, E.A.; HALASA, Y.A. Economic and Disease Burden of Dengue in Southeast Asia. Ed. Duane J. Gubler. **PLoS Neglected Tropical Diseases**, 7.2 (2013): e2055. *PMC*. Web. 20 Mar. 2017.

UNDURRAGA, E.A. *et al.* Economic and Disease Burden of Dengue in Mexico. Ed. Marília Sá Carvalho. **PLoS Neglected Tropical Diseases**, 9.3 (2015): e0003547. *PMC*. Web. 20 Mar. 2017.

VIEIRA MACHADO, A.A. *et al.* Direct Costs of Dengue Hospitalization in Brazil: Public and Private Health Care Systems and Use of WHO Guidelines.” Ed. Martin Isaac Meltzer. **PLoS Neglected Tropical Diseases**, 8.9 (2014): e3104. *PMC*. Web. 20 Mar. 2017.

WILDER-SMITH, A. The Impact of Insecticide-Treated School Uniforms on Dengue Infections in School-Aged Children: Study Protocol for a Randomised Controlled Trial in Thailand. **Trials** 13 (2012): 212. *PMC*. Web. 20 Mar. 2017.

CAPÍTULO 14

ACESSO A ARMAS BRANCAS E DE FOGO POR ESTUDANTES DO 6º AO 9º ANO DE DIFERENTES REGIÕES DO PAÍS

Karla Julianne Negreiros de Matos

Ana Carina Stelko Pereira

INTRODUÇÃO

O Brasil é um dos países mais violentos do mundo, sendo que muitos homicídios ocorrem pelo uso de armas branca e de fogo. Em número absoluto supera tanto países tradicionalmente violentos, como é o caso da Colômbia, de El Salvador e da África do Sul, quanto os Estados Unidos, um país conhecido por suas regulamentações pouco restritas em relação ao acesso às armas (PHEBO, 2002).

A Saúde Coletiva há muitos anos dedica-se a compreender as repercussões da violência na saúde dos brasileiros. Afinal, sem um conhecimento profundo da violência não é possível a construção de propostas para atuação no seu combate. A violência é oriunda dos conflitos de autoridade, de lutas pelo poder e da vontade de domínio, posse ou aniquilamento do outro ou de seus bens. Assim, é essencial estudar a violência sobre o prisma da saúde coletiva, haja vista esse fenômeno estar enraizado nas relações sociais e, construídas no interior das consciências e subjetividades, impactando direto e indiretamente na saúde física e mental das vítimas, representando hoje uma parcela significativa

dos investimentos nos serviços de saúde públicos e privados no Brasil (MINAYO, 2006).

Entre 1980 a 2014, morreram no Brasil 967.851 vítimas de disparo de arma de fogo. Sendo que 830.420 dessas mortes, 85,8% do total, foram resultantes de agressão com intenção de matar. Já as outras formas de morte por arma de fogo ocorreram devido a suicídios (37.953 vítimas, 3,9% do total); acidentes (16.010 vítimas, 1,7% do total) e intencionalidade indeterminada (83.468 vítimas, 8,6% do total), de acordo com Waiselfisz (2016).

Estima-se que, por ano, 21,2 pessoas por 100 mil habitantes sejam mortas por armas de fogo, e esse número torna-se maior quando são avaliadas apenas as capitais (30,3 habitantes por 100 mil) (WAISELFISZ, 2016). Contudo, há grupos mais vulneráveis a homicídios por armas de fogo, sendo o perfil das vítimas: mais de 60% são jovens, têm entre 15 e 29 anos, e cerca de 94% são homens. Este perfil vem se alterando na última década, sendo que os homicídios de brancos diminuíram quase 20%, entre 2004 a 2014, enquanto que os assassinatos entre a população negra aumentaram quase 50% (WAISELFISZ, 2016).

Em 30 anos, o Brasil teve um crescimento de 400% de crimes com armas de fogo (WAISELFISZ, 2016), ainda que haja lei que prevê controle do acesso a essas armas. O Estatuto do Desarmamento refere-se à Lei nº 10.826, de 22 de dezembro de 2003 que dispõe sobre registro, posse e comercialização de armas de fogo e munição, sendo que o Sistema Nacional de Armas - SINARM, define crimes e dá outras providências. Esta lei determina um cadastro das armas e de seus usuários e dificulta a sua compra, exigindo comprovação de idoneidade e uma declaração de necessidade. Segundo Waiselfiz (2016) os números de acidentes por armas de fogo vêm diminuindo progressivamente, principalmente a partir de 2004, com a criação da Campanha e do Estatuto do Desarmamento.

Para além das armas de fogo, existem as armas brancas que são aquelas utilizadas para atacar ou se defender, mas que a princípio não tem esta finalidade. No âmbito nacional, segundo o texto do decreto de lei nº 3.665, de 20 de novembro de 2000, o conceito de arma branca é definido como: *Art 3º (...) XI - arma branca: artefato cortante ou perfurante, normalmente constituído por peça em lâmina ou oblonga.*

Segundo a Lei de Contravenções Penais “trazer consigo arma fora de casa ou de dependência desta, sem licença da autoridade”, pode gerar pena de prisão simples - entre quinze dias e seis meses de reclusão - mais pagamento de multa (*Art 19*). No entanto, conforme descreve o artigo 3º da lei 3.665/2000, perante a justiça, o conceito de arma branca é muito restrito (facas e objetos cortantes). No entanto, caso alguém seja flagrado portando uma arma branca (conforme descreve a lei), normalmente, esta pode ser apreendida, pelo policial, apenas por precaução, e o indivíduo não sofre outras punições.

É certo que o porte de armas brancas ou de fogo não necessariamente acarretarão em eventos de violência e homicídio, contudo entender os motivos pelos quais se faz o porte e o perfil dos que buscam portá-las, especialmente quando se trata de crianças e adolescentes é importante. Há muitas razões pelas quais os adolescentes podem querer levar armas para a escola e o *bullying* foi confirmado como um dos motivos (LUSTER, 2001). Assim, há casos já bastante difundidos de porte de armas por estudantes que resultaram em homicídios.

O caso de Columbine nos Estados Unidos da América (EUA) em 1999, em que Eric Harris e Dylan Klebold, com armas compradas pela internet, entraram na escola onde estudavam e dispararam várias vezes contra outros alunos é um exemplo. No final do ataque, os dois se mataram. Além da dupla, 12 pessoas morreram e outras 25 pessoas ficaram feridas (VIEIRA, 2009).

Em 2000, o Serviço Secreto dos EUA informou que, em dois terços dos 37 tiroteios em escolas americanas, o agressor se sentiu “intimidado, atacado, ameaçado ou perseguido antes do incidente”. Apesar das diversas tragédias que os americanos vêm enfrentando nos últimos anos, o governo do Texas criou uma lei em que estudantes universitários podem portar armas dentro da sala de aula. A lei gera bastante polêmica, pois defensores do desarmamento argumentam que facilitar o acesso a armas potencializam os suicídios e os acidentes em situações de autodefesa.

Em outros países ocorreram também eventos semelhantes ao americano como no Canadá (École Polytechnique, 06 de dezembro de 1989), na Alemanha (Massacre de Erfurt, 26 de agosto de 2002), no Japão (Escola Ikeda, 08 de junho de 2001), na Bélgica (Creche Fabeltjesland, 23 de janeiro de 2009) e, mesmo, no Brasil, já ocorreram massacres dessa natureza (COHEN, 2016). Por exemplo, o Massacre de Realengo ocorreu em abril de 2011 na cidade do Rio de Janeiro, na Escola Municipal Tasso da Silveira, localizada no bairro de Realengo. O jovem Wellington Menezes de Oliveira, ex-aluno da instituição invadiu a escola armado com dois revólveres e começou a disparar contra os alunos presentes, matando doze deles, com idade entre 13 e 16 anos, e deixando mais de treze feridos. Após os assassinatos, cometeu suicídio (LAGE, 2013).

Essa terrível tragédia comoveu o Brasil e ampliou a discussão sobre o *bullying*, visto que se associou o evento a situações de vitimização. O *bullying* é um fenômeno que se define por ato de violência física e psicológica entre pares que pode ser praticado por uma pessoa ou um grupo de forma intencional e repetitiva impetrando dor e angústia à vítima, a qual não tem condição de se defender (OLWEUS, 2003).

No caso de Realengo a investigação da polícia sobre as motivações dos crimes forneceu indícios de associação com o *bullying*. O jovem foi vítima de *bullying* psicológico e físico quando era estudante daquela escola. Conforme o depoimento de um ex-colega: “Certa vez no colégio pegaram Wellington de cabeça para baixo, botaram dentro da privada e deram descarga” (LOPES, 2012). Um vídeo gravado pelo próprio Wellington foi encontrado pela polícia após o massacre na qual ele afirmou:

A maioria das pessoas que me desrespeitam, acham que eu sou um idiota, que se aproveitam de minha bondade, me julgam antecipadamente (...). Uma ação fará pelos seus semelhantes que são humilhados, agredidos, desrespeitados em vários locais, como escolas e colégios. (G1, 2011).

Para além dos casos de *bullying* que repercutiram na mídia e em que houve homicídios, há estudos com uma grande quantidade de participantes que também relataram existir associação entre porte de armas com comportamentos de risco. Cunningham (2000) realizou pesquisa com 6.263 alunos de 36 escolas de Ensino Fundamental e Médio dos Estados Unidos em que notou que 83% dos estudantes da escola que possuíam uma arma tinham comportamentos de risco, carregando uma arma para intimidar ou exigir respeito, além de envolverem-se com *bullying*. Semelhantemente, Glew (2008) realizou uma pesquisa sobre o envolvimento em *bullying* e problemas na escola, como o porte de armas em escolas americanas. Participaram do estudo 5391 alunos dos Ensinos Fundamental e Médio de escolas públicas. Observou-se que 26% dos participantes estavam envolvidos em *bullying* e que as vítimas de *bullying* são mais propensas a portar uma arma na escola.

A pesquisa de Jeong (2013) sobre vitimização de *bullying* com 22.686 adolescentes norte-americanos evidenciou que 33% dos estudantes relataram ter experimentado alguma forma de *bullying* no ano anterior à pesquisa. Além disso, se havia gangues nas escolas dos respondentes maior era o risco relativo de vitimização por *bullying* e maior a presença de armas nas escolas.

Black (2008) em uma pesquisa com 23 adolescentes da Filadélfia que participavam de um programa de treinamento para reduzir o acesso ilegal de armas de fogo e as lesões por arma de fogo na comunidade. Os jovens apontaram que os conflitos envolvendo tráfico de drogas e *bullying* associavam-se à porte de armas na escola.

No Brasil, há também alguns estudos sobre o tema. Njai-me (2003) em investigação qualitativa realizada no Ceará, Minas Gerais e São Paulo, investigou o porte de arma em ambiente escolar. Participaram, no total, 501 estudantes e 135 professores de 60 grupos focais. Os dados revelaram que as escolas em regiões de conflitos com traficantes e a polícia apresentaram maior frequência de porte de armas de fogo e branca entre os estudantes. Notou-se o uso de armas branca e de fogo mesmo em alunos muito jovens. Ademais, o porte de armas era tido pelos jovens como símbolos de poder e de desafio a normas do convívio social, agindo assim, muitas vezes, por “exibicionismo”.

Carlini-Coutrin (2000) investigou a frequência de vários comportamentos de saúde entre estudantes secundários de escolas estaduais e particulares da cidade de São Paulo, SP. Participaram 871 de estudantes, sendo que o porte de armas de fogo foi de 4,8% dos estudantes, chegando a quase 9% entre aqueles do sexo masculino. **Silva (2009) realizou pesquisa com objetivo similar com 960** adolescentes de 15 a 18 anos, residentes na cidade de Pelotas. No que se refere ao porte de armas de fogo ou branca nos últimos 12 meses, 9,6% dos adolescentes relataram tê-lo feito.

Quanto ao acesso a armas, no estudo de Assis (2011) foram apontadas situações de violência em três escolas públicas, situadas em Manaus, Rio de Janeiro e Cuiabá, tendo-se percebido que há alunos entre 15-19 anos que convivem com pessoas que carregam armas branca e de fogo, respectivamente 9,25% e 6% dos participantes. Assim, Moreira (2013), em um estudo sobre a exposição de violência em Fortaleza com 458 adolescentes entre 10 e 19 anos, apresentou que 13,5% fizeram uso abusivo de álcool, 17,7% estavam expostos a situações de violência, 23,8% fizeram uso de drogas ilícitas e 26,9% tiveram acesso a armas branca e de fogo.

O acesso a armas de fogo e armas brancas amplificam as discussões sobre violência que os jovens sofrem e praticam na comunidade e na escola, segundo Assis (2011):

Estudos brasileiros vêm mostrando que há uma conexão entre a violência na 'escola', a violência que acontece no 'bairro', no interior da 'família', e a que é provocada pelas condições estruturais de pobreza, de deficiência educacional, de baixa qualidade de vida e de falta de oportunidades de trabalho (ASSIS, 2011, p.156).

A violência dentro da escola é uma realidade que vem preocupando o governo brasileiro. Assim, desde de 2009 que o IBGE realiza, a cada dois anos, a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, o PENSE. Nessa pesquisa é possível identificar os números de ocorrência de *bullying*, assim como o de uso de armas branca e de fogo por escolares.

Na pesquisa de 2015, cerca de 8% dos alunos afirmaram que sofreram *bullying* na maior parte das vezes ou sempre na escola. Já em relação ao envolvimento em brigas, a pesquisa inter-

rogou, “Nos últimos 30 dias, você esteve envolvido(a) em alguma briga em que alguma pessoa usou arma de fogo, como revólver ou espingarda? ou “Nos últimos 30 dias, você esteve envolvido(a) em alguma briga em que alguma pessoa usou alguma outra arma, como faca, canivete, peixeira, pedra, pedaço de pau ou garrafa?”. Os dados apontaram que 7,9% dos meninos e 3,7% das meninas responderam afirmativamente à primeira questão. Em relação a envolvimento em alguma briga com arma branca, 7,9% dos escolares declararam envolvimento, sendo mais frequente entre alunos do sexo masculino (10,6%) do que entre as do sexo feminino (5,4%). No entanto, esses dados são inquietantes, intensificando a necessidade de um número maior de pesquisas e instrumentos capazes de auferir precisamente esse fato.

O estudo de Malta (2014) com 59.699 escolares do 9º ano, residentes nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, em 2009 buscou analisar fatores de risco para a exposição a álcool em escolares. Evidenciou-se que o uso do álcool está consistentemente associado a vários comportamentos de risco, como uso de drogas, tabaco, envolvimento em brigas e porte de armas branca ou de fogo. Conhecer o perfil de crianças e adolescentes com acesso a armas branca e de fogo no Brasil é importante, pois pode subsidiar a elaboração de alternativas para seu enfrentamento a partir de medidas sociais e educativas que protejam as crianças e os adolescentes do acesso a armamentos e garanta o que está proposto na Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, ou seja, a proteção integral à criança e ao adolescente. Nesse sentido, este capítulo busca investigar a frequência do porte de armas em escolas por estudantes e o perfil destes, quanto ao sexo, à idade, ao consumo de álcool e drogas ilícitas na escola, bem como quanto ao envolvimento em *bullying*, constituindo-se em um estudo exploratório.

MÉTODOS

Este estudo refere-se a uma investigação transversal. Participaram do estudo 1.534 estudantes, sendo 52% do sexo feminino e 48% do sexo masculino, a idade média foi igual a 13 (DP =1,37) anos, sendo que o aluno mais jovem tinha 10 anos e o mais velho 17 anos. Desses alunos 27,9% cursavam o 6º ano, 28,3% o 7º ano, 28,6% o 8º ano e 15,3% o 9º ano do Ensino Fundamental. Os estudantes eram de diferentes cidades, sendo que 55,5% de Curitiba (PR), 16,2% de Sumaré (SP), 10,5% de São Paulo (SP), 9,3% de Fortaleza (CE), 5,2% de São Carlos (SP) e 3,3% de Pouso Alegre (MG). Em São Paulo, duas escolas públicas participaram do estudo, enquanto que em Curitiba, Sumaré, São Carlos, Fortaleza e Pouso Alegre apenas participou uma escola pública de cada cidade.

Os dados foram coletados entre os anos de 2012 a 2013, por meio de diversos pesquisadores que aplicaram o IVE nas outras cidades a fim de realizar pesquisas com outros objetivos específicos. A coleta em cada uma das cidades participantes apenas ocorreu após aprovação de Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos de cada uma das instituições em que os pesquisadores que aplicaram o IVE se vinculavam, sendo essas: Universidade Tuiuti do Paraná, Universidade Federal de São Carlos, Universidade de São Paulo, Universidade Estadual do Ceará e Universidade do Vale do Sapucaí.

Após aprovação de cada Comitê de Ética em Pesquisa, foram marcadas reuniões com o diretor de cada escola participante a fim de se explicar sobre a escala e com qual objetivo seria empregada. Posteriormente à aprovação do diretor, os pesquisadores foram nas salas das turmas selecionadas, explicaram os objetivos da pesquisa e a relevância dela, destacando o caráter voluntário da pesquisa. Foram entregues Termos de Consentimento Livre

e Esclarecido aos alunos, os quais foram assinados pelos responsáveis destes. Somente participaram do estudo os alunos cujos pais consentiram a participação e que, simultaneamente, tinham interesse em participar.

Os participantes responderam ao Inventário de Violência Escolar, versão estudantes que dentre as suas questões possui as perguntas “Carregou uma arma ou uma faca e estilete para se proteger ou ameaçar?” e “Carregou revólver para se proteger ou ameaçar?” as quais foram respondidas em escala Likert de cinco pontos. Foram calculados também envolvimento com *bullying* (autoria e vitimização) a partir da média, no qual foram categorizados como pouco envolvido e muito envolvido. Adicionalmente, o instrumento contém indagações sobre características socio-demográficas, gênero, idade, série e uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas na escola. Neste estudo as respostas a estas questões foram analisadas por meio de porcentagens e estatísticas inferenciais por meio de análises de qui-quadrado e teste t, com o uso do *software* SPSS versão 18.0 (“Statistical Package for Social Science”).

RESULTADOS

De todos os participantes, 2.2% (35) dos alunos responderam afirmativamente que levaram armas para a escola nos seis meses anteriores ao estudo. A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas dos alunos que portaram armas. Em relação ao sexo, os meninos predominaram significativamente no porte de arma em comparação com as meninas, seja para armas brancas e armas de fogo com, respectivamente, $p=0,003$ e $p=0,016$. Em relação à média de idade, os jovens que não portaram alguma arma apresentaram menor média etária, mas não houve diferenças significativas.

Tabela 1 - Perfil dos estudantes que levaram armas branca e de fogo à escola e que não levaram estas armas

	Arma Branca (n=23)	Arma de Fogo (n=12)	Levou alguma arma (n=29)	Nenhuma arma (n= 1223)
Sexo				
Masculino	78% (18)	84% (10)	79% (23)	46% (561)
Feminino	22% (5)	16% (2)	21% (6)	54% (662)
Idade média em anos	14 (DP=1,4)	14 (DP=1,2)	14(SD+ 1,4)	13 (SD+ 1,3)

^aExato de Fisher.

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Percebeu-se que alunos que portam armas na escola apresentaram significativamente maior proporção de comportamentos de risco na escola do que alunos que não portam armas. Assim, notou-se que 27,5% dos que portaram armas fumaram na escola ($\chi^2 = 52$; $df = 1$; $p < 0,005$), 44,8% ingeriram bebida alcoólica na escola ($\chi^2 = 40$; $df = 1$; $p < 0,005$), e 10,3% usaram drogas ilícitas na escola ($\chi^2 = 22$; $df = 1$; $p < 0,005$), em comparação com 2,8%, 9%, e 0,8%, respectivamente, que não portaram armas.

Tabela 2 - Perfil de comportamento de risco dos estudantes que levaram armas branca e de fogo à escola e que não levaram estas armas

Na escola	Arma Branca (N=23)	Arma de Fogo (N=12)	Armas (N=29)	Nenhuma arma (N= 1223)
Fumar				
Não fumaram	74% (17) ^a	58% (7) ^a	72% (21) ^a	97% (1184) ^a
Fumaram	26% (6)	45% (5)	28% (8)	3% (35)
Uso de álcool				
Não consumiram	56% (13) ^a	34% (4) ^a	55% (16) ^a	90% (1107) ^a
Consumiram	44% (10)	66% (8)	45%(13)	10% (110)
Drogas ilícitas				
Não usaram	100% (23)	58%(7) ^a	90%(26) ^a	98% (1205) ^a
Usaram		42%(4)	10%(3)	2% (11)

^a Considerando nível de significância $p < 0,05$.

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Já em relação ao envolvimento em situações como autor e vítima de *bullying*, observou-se diferentes e significativas proporções de porte de arma entre os que eram vítimas e autores de *bullying*. Sendo estatisticamente significativo envolvimento em autoria com o uso de qualquer/ambas as armas ou armas brancas. Já em relação à vitimização observou-se estatisticamente significativo apenas o uso de arma de fogo, conforme Tabela 3.

Tabela 3 - Perfil de comportamento de envolvimento em *bullying* de estudantes que levaram armas branca e de fogo à escola e que não levaram estas armas

Bullying	Autoria		Vitimização	
	Pouco	Muito	Pouco	Muito
Envolvimentos Arma Branca	45% (8)	55% (10)*	55% (10)	45% (8)
Arma de Fogo	78% (7)	22% (2)	40% (4)	60% (6)*
Armas	54% (12)	46% (10)*	52% (12)	48% (11)

Fonte: Elaborado pelas autoras.

DISCUSSÃO

Observou-se cerca de 2% de estudantes do presente estudo portaram armas na escola, o que indica uma situação muito grave, pois a amostra foi composta por estudantes do Ensino Fundamental. Esta prevalência foi bastante inferior a das pesquisas de Moreira (2013) e Silva (2009), os quais apresentam uma percentagem maior de alunos que portam armas com 26% e 9%, respectivamente. Hipotetiza-se que pelo fato desses autores contarem em suas amostras com alunos de idade superior a 14 anos e no presente estudo ter se questionado sobre porte de armas na propriedade da escola, enquanto que nas outras investigações foi porte de arma em qualquer contexto.

Além disso, o porte de armas iniciado na infância, em geral, é associado a diversos comportamentos de risco, como comportamentos infratores de maior gravidade. Gallo (2008) em uma pesquisa de 123 prontuários de atendimento de adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto, notou que 23 infrações foram praticadas com armas, 43,5% referia-se ao uso de arma branca e 56,5% a armas de fogo. Comparando-se o número de reincidências com o uso de armas, entre os jovens que não tinham histórico de conflitos com a lei, 81,4% não usaram arma, enquanto que entre os reincidentes verificou-se uma tendência crescente ao uso de armas, conforme o aumento do número de reincidências. Assim, observa-se que o porte de armas por crianças e adolescentes pode estar relacionado a infrações mais graves e ao maior nível de reincidência.

O gênero é um dos aspectos que se destacam em pesquisas sobre violência. O gênero masculino é sempre apontado como um fator de risco, seja para envolvimento com violência, seja para o uso de armas na escola. Em nossa pesquisa, os meninos representam quase 80% dos que portam armas, sejam brancas ou de fogo. Segundo Phebo (2002) o risco de morte para jovens homens é 38 vezes maior que o da população feminina e 20 vezes superior quando comparado com a população feminina da mesma faixa etária e Malta (2010) também notou que estudantes do sexo masculino estavam mais envolvidos em situação de violência.

Em um estudo clássico, Olweus (1979) faz a primeira associação entre o *bullying* e delinquência. Atualmente, o porte de armas por escolares é associado ao *bullying* por diversos autores (LUSTER, 2001; CUNNINGHRAM, 2000; LOPES, 2012). Embora hajam diversas motivações, neste estudo o porte de arma por crianças e adolescentes associou-se ao envolvimento

com *bullying*, de modo que houve maior proporção de vítimas e autores que portaram armas na escola do que de não envolvidos com o *bullying*. Segundo Black (2008) a necessidade de porte de armas por estudantes envolve a sensação de se sentir mais seguro ou de poder demonstrar força. Assim, o porte de arma pode estar associado também a uma necessidade dos jovens de ostentar poder, como aponta Njaime (2003) ou é utilizada com o intuito de intimidar alguém (HAYNIE, 2001).

Comportamentos de risco na propriedade da escola foram associados ao porte de armas na escola por crianças e adolescentes, como fumar, ingerir bebida alcoólica e usar drogas (BLACK, 2008; MALTA, 2014; MOREIRA, 2013). A forte relação entre ser adolescente, do gênero masculino, fumar, consumir álcool e drogas na escola e envolvimento com *bullying* despertam interesse pela forma como se apresentam em conjunto. Poon (2016) afirma que *bullying* e comportamentos de riscos são dois problemas comuns entre os adolescentes e podem afetar fortemente a vida destes e de seus pares.

Este estudo apresenta limitações, como apesar de ser um grande número de participantes, estes foram selecionados por conveniência e foram realizadas análises estatísticas pouco robustas. Dessa forma, é essencial que *sejam delineados novos estudos sobre a temática, com uma amostra mais representativa do Brasil, aplicando-se não apenas instrumentos de autorrelato, como também entrevistas e grupos focais.*

Conhecer o perfil das crianças e adolescentes com acesso às armas branca e de fogo no Brasil é essencial para o desenvolvimento de políticas públicas de proteção à infância. Haja vista o potencial prejuízo humano, financeiro e social de quando há situação de uso de armas na escola por estudantes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou investigar a frequência do porte de armas na propriedade da escola pelo público escolar e o perfil deste público, quanto ao sexo, à idade, ao consumo de álcool e drogas ilícitas na escola, bem como quanto ao envolvimento em *bullying*, constituindo-se em um dos poucos estudos brasileiros com uma grande quantidade de participantes e de diferentes regiões do país, ainda que recrutados por conveniência.

O acesso a armas branca e de fogo percebido no estudo, mesmo por estudantes no Ensino Fundamental, deve ser um alerta. Não se deve analisar o problema de modo superficial, buscando determinantes individuais do porte de armas por crianças e adolescentes, e sim deve-se cada vez mais investigar os aspectos socioculturais amplos que limitam a capacidade individual de responder às pressões externas de modo pacífico e saudável. Assim, é essencial que o porte de armas por crianças e adolescentes na escola seja interpretado como um produto coletivo, não apenas como um fato isolado. Afinal, esta pesquisa evidenciou a forte associação dessa prática com outros comportamentos de riscos.

Se por um lado esta gama de comportamentos de riscos que costumam se apresentar em conjunto aumenta a severidade do problema, por outro lado facilita o estabelecimento de ações preventivas e de intervenções, uma vez que supostamente ações direcionadas a um dos problemas estaria contribuindo para a redução de outros. Por exemplo, ao se diminuir o envolvimento com *bullying* poderia se hipotetizar a redução do porte de armas e o uso de álcool na escola.

Essas ações certamente devem envolver um conjunto de profissionais, de diversos setores e não apenas no âmbito da segurança. O crescimento da mortalidade entre crianças e adolescentes por violência vem mobilizando os profissionais de saúde, em especial a saúde coletiva.

REFERÊNCIA

ASSIS, SG., *et al.* Violência na família, na escola e na comunidade e relações afetivo-sexuais. In: MINAYO, MCS., ASSIS, SG., and NJAINE, K., orgs.

Amor e violência: um paradoxo das relações de namoro e do 'ficar' entre jovens brasileiros [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011, pp. 153-182. ISBN: 978-85-7541-385-2,2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Marco legal: saúde, um direito de adolescentes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar - 2015**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

BLACK, S.; JOSEPHS, S.; HAUSMAN, A. Adolescents' Views of Guns in a High-Violence. **Journal of Adolescent Research**, Volume 23 Number 5,2008.

CARLINI -COTRIM, B.Comportamentos de saúde entre jovens estudantes das redes pública e privada da área metropolitana do Estado de São Paulo Rev. **Saúde Pública**, 34 (6): 636- 45,2000.

CUNNINGHAM, P.B.; HENGGELER, S.W.; LIMBER, S.P.; MELTON, G.B.; NATION,M.A. Patterns and correlates of gun ownership among nonmetropolitan and rural middle school students. **J Clin Psychol** ;29:432-42,2000.

COHEN, Otavio.8 massacres em escolas que chocaram o mundo. **Super Interessante**, São Paulo, 2016. Disponível em: <http://super.abril.com.br/blog/superlistas/8-massacres-em-escolas-que-chocaram-o-mundo/>

GALLO, A.E; WILLIAMS, L.C.A. A escola como fator de proteção à conduta infracional de adolescentes. **Cadernos de Pesquisa**, v. 38, n. 133, jan./abr. 2008.

GLEW,M.G; MPH ,MING-YU FAN.; , KATON, W.; RIVARA, F.P. Bullying and School Safety. **The Journal of Pediatrics**, 152, Issue 1, Pages 123–128,January 2008.

G1. Atirador de Realengo mantinha no computador fotos com armas. G1, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.gazetadopovo.com.br/vi-da-e-cidadania/atirador-de-realengo-mantinha-no-computador-fotos-com-armas-4zw9a6yxb7fjz5wx0rrl5jjny>

HAYNIE, D. L. Delinquent peers revisited: Does network structure matter? *Am. J. Soc.* 106 1013–1057, 2001.

JEONG, S. Predicting School Bullying Victimization: Focusing on Individual and School Environmental/Security Factors. *Journal of Criminology*, vol:2013 pg:13 -13,2013.

JC. Criança morre após atirar acidentalmente na cabeça com arma do pai. *Jconline*, Pernambuco, 2017. Disponível em: <http://jconline.ne10.uol.com.br/canal/cidades/policia/noticia/2017/01/06/crianca-morre-apos-atirar-acidentalmente-na-cabeca-com-arma-do-pai-265960.php>

LAGE, L.R. O massacre de Realengo na retrospectiva de Veja. *Brazilian journalism research*, 9, N. 1, 2013.

LOPES, A. J. Considerações sobre o massacre de Realengo. *Estud. psicanal. [online]*. 2012, n.37, pp. 25-44,2012.

LUSTER, S.M. O. Correlates of carrying a handgun. *J Marriage Fam*, 63, pp. 714–726,2001.

MALTA, D.C. *et al.* Fatores associados ao álcool entre escolares Exposição ao álcool entre escolares e fatores associados. *Rev Saúde Pública*;48(1):52-62,2014.

MARRIEL, L.C.; ASSIS, S.G.; AVANCI, J. Q.; OLIVEIRA, R.V. C. Violência escolar e auto-estima de adolescentes. *Cad. Pesqui. [online]*, vol.36, n.127, pp.35-50,2006.

MOREIRA, D.P. *et al.* Exposição à violência entre adolescentes de uma comunidade de baixa renda no Nordeste do Brasil. *Ciênc. saúde coletiva [online]*. vol.18, n.5, pp.1273-1,2013.

MINAYO, M.C.S. *Violência e saúde*. Rio de Janeiro: Editora **Fiocruz**; 132p,2006.

NJAINÉ, K.; MINAYO, M. C. de S. Violência na escola: identificando pistas para a prevenção. **Revista Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.17, n.13, p.119-134, ago. 2003

OLWEUS, D. A profile of bullying at school. **Educational Leadership**, 60(6), 12-17,2003.

OLWEUS, D. Stability of aggressive reaction patterns in males: a review. **Psychol. Bull.** 86:852, 1979.

SILVA, M. da; SCARLATTO, E. C. Violência em meio escolar no Brasil: uma alternativa formativa para professores e futuros professores. **Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação, Araraquara**, v. 4, n. 3, p. 07-17, 2009.

POON, K. Understanding Risk-taking Behavior in Bullies, Victims, and Bully Victims Using Cognitive- and Emotion-Focused Approaches. **Front Psychol.** 29;7, 2016.

PHEBO, L. Impacto da arma de fogo na saúde da população no Brasil. In: **Brasil: as armas e as vítimas**. RJ: ISER/ 7 Letras, 2005.

VIEIRA, T. M.; MENDES, F. D. C. GUIMARÃES, L. C. V De columbine à virgínia tech: reflexões com base empírica sobre um fenômeno em expansão. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre , v. 22, n. 3, p. 493-501, 2009 .

WASELFISZ, J.J. Mapa da violência 2016: homicídios por arma de fogo. São Paulo: **Instituto Sangari**, 2016.

CAPÍTULO 15

RASTREAMENTO DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS EM MULHERES DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

Girliani Silva de Sousa

Gabriella Oliveira Albuquerque Lins

Jaqueline Galdino Albuquerque Perrelli

Fernanda Jorge Guimarães

INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais decorrentes do uso de substâncias psicoativas são altamente prevalentes e atingem, em média, 26,1% da população adulta em 17 países no mundo, acarretando elevado custo social e econômico (KESSLER, *et al.*,2009). Adicionalmente, os transtornos mentais configuram-se como grave problema de saúde pública e encontram-se entre cinco das dez causas de anos vividos com incapacidade em todo mundo: transtornos depressivos (13%), transtornos decorrentes do uso de álcool (7,1%), esquizofrenia (4%), transtorno bipolar (3,3%) e transtorno obsessivo-compulsivo (2,8%) (LOPEZ; MURRAY, 1998).

No Brasil, os transtornos mentais representam a terceira causa de carga de doença, atrás apenas das doenças cardiovasculares e dos cânceres, contribuindo exponencialmente para a perda de saúde de indivíduos em todas as idades. Particularmente, no Brasil, os transtornos depressivos e de ansiedade apresentam as

maiores taxas de prevalência e de incapacidade comparados a outros países (BONADIMAN *et al.*, 2017).

Nesse ensejo, o Transtorno Mental Comum (TMC) é caracterizado por sintomas depressivos, estados de ansiedade, irritabilidade, fadiga, insônia, dificuldade de memória e concentração e queixas somáticas (GOLDBERG; HUXLEY, 1992). Urge a necessidade de ações de saúde mental voltadas para a detecção precoce e manejo clínico do sofrimento nos indivíduos para evitar o agravamento dos sintomas e os prejuízos físicos, psicológicos e suas consequências na vida social e familiar dessas pessoas.

Nesse sentido, a articulação da saúde mental com a Estratégia Saúde da Família (ESF) faz-se relevante pelas suas características de acolhimento, acessibilidade e promoção da saúde e prevenção de doenças e por ser um dispositivo da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Portanto, a detecção e o tratamento do TMC pode se tornar mais efetivo se realizado dentro do território do indivíduo, pautado na lógica da integralidade do cuidado em saúde mental.

Em relação ao gênero acometido pelo TMC, as evidências científicas nacionais e internacionais apontam para uma prevalência de mulheres em sofrimento psíquico (BONADIMAN *et al.*, 2017; GONÇALVES; KAPCZINSKI, 2008). Em geral, as condições de vida dessas mulheres estão associadas com a pobreza, recursos sociais e econômicos limitados, sobrecarga física do trabalho e eventos estressantes que aumentam o risco para problemas de saúde mental (NUNES *et al.*, 2016; LUCHESE *et al.*, 2014; CARLOTTO *et al.*, 2011).

Sabe-se que o TMC é uma das maiores causas de incapacidade funcional e que acometem em maior número as mulheres, leva ao surgimento de doenças psicossomáticas que, muitas vezes, não são tratadas de modo adequado na atenção primária (CAR-

LOTTO *et al.*,2011. Diante disso, o olhar integral para a saúde da mulher deve levar em consideração sua saúde psíquica e como esta interfere suas atividades diárias e sua qualidade de vida.

A promoção da saúde mental das mulheres é essencial para garantir seu bem-estar e sua qualidade de vida. Desse modo, investigações científicas para o rastreamento de TMC em mulheres e seus fatores associados podem fornecer subsídios para a atuação da equipe de saúde na prevenção da saúde mental, detecção, manejo clínico e acompanhamento adequado do sofrimento psíquico em mulheres.

Nesse caso, o presente estudo objetiva identificar os quadros sugestivos de Transtornos Mentais Comuns e de sofrimento psíquico em mulheres atendidas em Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Vitória de Santo Antão - PE.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa realizado em quatro UBS localizadas na zona urbana do município da Vitória de Santo Antão - PE. A população foi composta por mulheres acompanhadas nas respectivas UBS. A estimativa amostral foi calculada considerando os seguintes parâmetros: população infinita; prevalência do fenômeno 44,17% (0,441) (COSTA; LUDERMIR, 2005) e erro amostral de 10,0% (0,1). Dessa forma, a amostra foi estimada em 94 mulheres. Entretanto, foi possível coletar 101 usuárias e, portanto, este valor correspondeu à amostra final.

As participantes foram selecionadas de forma consecutiva, à medida que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: mulheres maiores de 18 anos, alfabetizadas e acompanhadas pelas

equipes de saúde das respectivas UBS. Apresentar algum desconforto físico ou alteração do estado mental que impossibilitasse ou dificultasse o preenchimento dos instrumentos foi o único critério de exclusão adotado.

Para a caracterização sociodemográfica, utilizou-se um questionário contendo as seguintes variáveis: idade, anos de estudo, religião, renda pessoal e familiar e ocupação. Outras variáveis consideradas pertinentes ao estudo também foram investigadas: 1. transtorno mental diagnosticado, história de doença mental na família e tentativa de suicídio. 2. Self Report Questionnaire (SRQ-20); e 3. Escala Breve de Sofrimento de Kessler (K-10).

Quanto à identificação dos TMC, foi aplicado o Self Report Questionnaire (SRQ-20). Esse instrumento é indicado pela OMS para estudos na atenção primária à saúde em virtude de sua fácil aplicação e do custo reduzido (GONÇALVES; STEIN; KAPCZINSKI, 2008). Trata-se de um questionário elaborado por Harding *et al.*, (1980), composto por 20 itens cujas respostas são dicotômicas (Sim/Não). Cada resposta afirmativa pontua com o valor 1 para compor o escore final por meio do somatório desses valores. Os escores obtidos estão relacionados com a probabilidade de presença de transtorno não psicótico (sintomas depressivos, ansiosos e somáticos), variando de 0 (nenhuma probabilidade) a 20 (extrema probabilidade). Para que seja identificada a presença de TMC, faz-se necessário que o participante atinja uma pontuação acima de sete (7,0).

O sofrimento psíquico foi avaliado por meio da Escala Breve de Sofrimento de Kessler (K-10). Trata-se de um questionário composto por 10 itens destinado a fornecer uma medida de angústia baseada em questões sobre ansiedade e sintomas depressivos que uma pessoa experimentou no período mais recente de quatro semanas. Cada item é pontuado em uma escala de

cinco pontos (5: O tempo todo; 4: A maior parte do tempo; 3: Parte do tempo; 2: Um pouco; 1: Nunca). Os valores possíveis variam de 10 até 50. Para o cálculo dos escores totais, deve-se, inicialmente, inverter a escala de cinco pontos e, posteriormente, efetuar o somatório das respostas. O ponto de corte sugestivo de sofrimento psíquico é 24.

A coleta de dados ocorreu no período de março a maio de 2017, por meio de entrevista, em um espaço reservado da UBS. A orientação quanto ao preenchimento dos instrumentos foi realizada por quatro acadêmicas do curso de graduação em Enfermagem, previamente treinadas, que já haviam cursado a disciplina Enfermagem em Saúde Mental. As participantes foram devidamente orientadas sobre as ferramentas de medida e as pesquisadoras estiveram disponíveis, a todo momento, para esclarecimentos.

Após a coleta, os dados foram organizados em uma planilha do *software* EXCEL e analisados com o auxílio do SPSS versão 21.0. A análise ocorreu por meio de frequências absolutas e relativas e estatísticas descritivas (média e desvio-padrão) e testes de associação estatística (Qui-quadrado de Pearson ou Teste Exato de Fisher) definidos de acordo com a frequência de ocorrência das variáveis: climatério pela idade, gestação, puerpério, número de filhos, estado civil e histórico familiar com transtornos mentais. O nível de significância estatística para a análise desses testes foi de 5% (0,05).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE), por meio do protocolo nº 55160016.7.0000.5208. O estudo atendeu aos requisitos formais contidos na resolução 466/12.

RESULTADOS

Participaram do estudo mulheres de 15 a 49 anos, com média de idade de 32,59 anos ($\pm 12,78$). Quanto à escolaridade, a média foi de 10,46 anos de estudo ($\pm 3,97$). O tempo de estudo variou de 0 a 15 anos. A maioria não possuía ocupação remunerada e era do lar (44,6%). No que tange a classificação econômica, predominou a classe B2 (31,7%), seguida da classe C2 (26,7%) e as demais na classe C1 (15,8%) e na classe D-E (12,9%). A maioria considerou-se católica (54,5%) e uma parte significativa evangélica (30,7%).

Considerando-se os aspectos referentes aos transtornos mentais, uma pequena parcela (6,9%) possuía diagnóstico de transtorno mental. Depressão foi o transtorno psiquiátrico mais prevalente (5,0%). Histórico de tentativa de suicídio em algum momento da vida foi vivenciado por um número expressivo de mulheres (14,9%). O número de tentativas variou de 1 ($n=10$) a 4 vezes ($n=1$). Chama atenção também para o número expressivo significativo (22%) de casos de transtornos psiquiátricos na família.

Em relação às respostas das participantes do estudo à escala SRQ-20, a prevalência de TMC foi de 40,6%. Dentre os sintomas avaliados pelo SRQ-20, observou-se que o grupo com questões sobre os sintomas que avaliam o “humor depressivo/ansioso” obteve elevados percentuais (Tabela 1). A questão com maior percentual de respostas afirmativas foi “sentir-se nervosa, tensa ou preocupada” (71,6%), seguida de “assustar-se com facilidade” (43,6%). Sintomas somáticos representaram o segundo grupo de sintomas referidos, destacando-se dores de cabeça frequentes (41,6%) e dormir mal (41,6%).

No grupo de “Decréscimo de energia vital”, cansar-se com facilidade obteve o maior percentual (51,5%), seguido de ter dificuldade para tomar decisões (45,5%). Perda de interesse pelas coisas (29,7%) e ser incapaz de desempenhar papel útil em sua vida (14,9%) foram os mais referidos no grupo “Pensamentos depressivos”.

Tabela 1 - Descrição das respostas aos itens componentes do Self Report Questionnaire. Vitória de Santo Antão, 2017

Prevalência (%) dos grupos de sintomas psíquicos avaliados pelo Self Reporting Questionnaire (SRQ-20).

Grupo de sintomas	N	%
<u>Humor depressivo/ansioso</u>		
Sente-se nervosa, tensa ou preocupada	72	71,3
Assusta-se com facilidade	44	43,6
Tem se sentido triste ultimamente	38	37,6
Tem chorado mais do que de costume	20	19,8
<u>Sintomas somáticos</u>		
Tem dores de cabeça frequentes	42	41,6
Dorme mal	42	41,6
Tem sensações desagradáveis no estômago	36	35,6
Tem má digestão	26	25,7
Tem falta de apetite	34	33,7
Tem tremores nas mãos	27	26,7
<u>Decréscimo de energia vital</u>		
Cansa-se com facilidade	52	51,5
Tem dificuldade em tomar decisões	46	45,5
Tem dificuldades de realizar com satisfação suas atividades	36	35,6
Seu trabalho é penoso	13	12,9
Sente-se cansada o tempo todo	37	36,6
Tem dificuldade de pensar com clareza	39	38,6
<u>Pensamentos depressivos</u>		
É incapaz de desempenhar papel útil em sua vida	15	14,9
Tem perdido o interesse pelas coisas	30	29,7
Tem tido a ideia de acabar com a vida	6	5,9
Sente-se uma pessoa inútil, sem préstimo	9	8,9

Legenda: S: Sim; N: Não

Fonte: Elaborada pelas autoras.

Em relação às respostas das participantes do estudo à escala K-10, a prevalência do sofrimento psíquico foi de 37,6%. Em relação à escala de sofrimento psíquico (K-10), obteve-se maiores escores para a “tão deprimida que nada conseguia”; “sem valor”; “tão nervosa que nada poderia acalmá-la” e “sem esperança”. Ressalta-se que tais sentimentos e sensações estiveram presentes o tempo todo. Outras informações estão apresentadas na tabela 2.

Tabela 2 - Descrição dos itens componentes da Escala de Sofrimento Psíquico (K-10). Vitória de Santo Antão, 2017

Escala de sofrimento psíquico (K-10) Durante os últimos 30 dias, com que frequência você se sentiu...	Escala de pontuação*									
	5		4		3		2		1	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
A.... exausto (a) sem um bom motivo?	7	6,9	7	6,9	7	6,9	54	53,5	26	25,7
B....nervoso (a)?	5	5,0	10	9,9	17	16,8	47	46,5	22	21,8
C....tão nervoso (a) que nada podia acalmá-lo(a)?	1	1,0	6	5,9	3	3,0	24	23,8	67	66,3
D....sem esperança?	2	2,0	4	4,0	5	5,0	25	24,8	65	64,4
E....inquieto (a) ou agitado (a)?	3	3,0	10	9,9	11	10,9	43	42,6	34	33,7
F....tão inquieto (a) que você não conseguia ficar parado (a)?	2	2,0	5	5,0	4	4,0	27	26,7	63	62,4
G....deprimido (a)?	3	3,0	9	8,9	7	6,9	22	21,8	60	59,4
H.... tão deprimido (a) que nada conseguia animá-lo(a)?	2	2,0	3	3,0	6	5,9	11	10,9	79	78,2
I. Durante os últimos 30 dias, com que frequência você sentiu que tudo era um esforço?	8	7,9	7	6,9	16	15,8	38	37,6	32	31,7
J....sem valor?	3	3,0	5	5,0	4	4,0	22	21,8	67	66,3

Legenda: 1: O tempo todo; 2: A maior parte do tempo; 3: Parte do tempo; 4: Um pouco; 5: Nunca

*Pontuação invertida para cálculos dos escores totais.

Fonte: Elaborada pelas autoras

DISCUSSÃO

A prevalência global de transtornos mentais comuns foi de 40,6%. Outros estudos brasileiros também encontraram altas prevalências de transtornos mentais entre as mulheres, variando de 24,9% a 45,0% (ARAUJO; PINHO; ALMEIDA, 2005; COSTA; LUDERMIR, 2005; MARAGNO *et al.*, 2006; PINHO; ARAUJO, 2012; LUCHESE *et al.*, 2014). Por outro lado, estudos internacionais sinalizam para prevalências menores que variam de 27,0% em Santiago (Chile) e 18,0% na Grã-Bretanha (ARAYA *et al.*, 2001).

Essa realidade brasileira é preocupante, pois está acima da estimativa da Organização Mundial de Saúde (2000), que refere uma prevalência média de 24% na população. Isso significa que os profissionais de saúde devem atuar de modo a valorizar as singularidades de cada mulher numa perspectiva de clínica ampliada, de modo tal que o sofrimento psíquico possa ser reconhecido na história de vida da pessoa para fomentar ações de promoção e proteção da saúde mental.

Os fatores associados à ocorrência de TMC na população estudada podem ser assim sumarizados, dentre as características sociodemográficas: a) ser separada/divorciada ou viúva, ter baixa escolaridade, baixa renda e ter acima de 30 anos. Esses resultados são confirmados com outros estudos nacionais na Bahia (ARAUJO; PINHO; ALMEIDA, 2005; VIDAL *et al.*, 2013).

As questões sociodemográficas como condicionantes no processo saúde-doença se articulam com a saúde mental como constructo para a obtenção de bem-estar, satisfação com a vida e qualidade de vida. Nesse contexto, há que se retratar a pobreza como um dos fatores associados à ocorrência de transtornos mentais comuns. Não queremos afirmar que todas as mulheres que estejam pobres terão problemas de saúde mental, mas

as desigualdades sociais advindas dessa condição econômica as tornam mais susceptíveis a terem algum tipo de sofrimento psíquico. Indivíduos de baixa renda estão mais predispostos a terem mais preocupações com os problemas financeiros comparados àqueles com maior renda *per capita*, levando ao desenvolvimento da ansiedade e da depressão (PINHO; ARAUJO, 2012).

Sabe-se que o acesso ao tratamento adequado para as questões de saúde mental é um desafio emergente no Sistema Único de Saúde (SUS). Os recursos para a atenção à saúde mental, de modo geral, não conseguem chegar de modo efetivo para ter resolutividade dos casos de sofrimento psíquico e poucos profissionais se sentem sensibilizados e capacitados para reconhecer e tratar esses transtornos (ARAUJO; PINHO; ALMEIDA, 2005; COSTA; LUDERMIR, 2005).

Outra discussão que merece atenção é a associação da baixa escolaridade a ocorrência de transtornos mentais comuns. Investigação conduzida em Minas Gerais também encontrou maior prevalência dos transtornos mentais comuns em mulheres com piores níveis educacionais (GALVÃO *et al.*, 2007). A baixa escolaridade pode estar associada a uma menor resiliência, ou seja, menores níveis escolares podem diminuir a capacidade cognitiva de lidar com as adversidades da vida, resultando em sofrimento psíquico. Adicionalmente, baixo nível escolar propicia menor possibilidade de inserção no mercado de trabalho, diminuindo as possibilidades de bom desempenho econômico, como ocupação, renda e condições de moradia (GALVÃO *et al.*, 2007).

Estudo em Olinda encontrou que a educação proporciona efeitos na saúde psicológica: a baixa escolaridade associada ao fracasso escolar é uma consequência da ansiedade e da depressão por minar um conjunto de possibilidades que a educação pode criar: aspirações, escolhas de vida, motivação para comportamen-

tos mais saudáveis, tendo repercussões mais positivas na vida das pessoas (LUDERMIR; MELO FILHO, 2002).

A amostra do presente estudo foi constituída, exclusivamente, por mulheres que buscaram e estavam em atendimento na Estratégia Saúde da Família. Em sua grande maioria, os usuários da atenção primária possuem menor renda familiar. Estudos futuros de base populacional são necessários para compreender a associação entre os dados sociodemográficos e maior ocorrência de TMC.

A alta prevalência dos sintomas de humor depressivo/ansioso encontrado nesta investigação sugere uma provável interferência das características específicas do gênero feminino: sobrecarga do trabalho e trabalho doméstico. Tal fato pode ser elucidado pelo contexto histórico e cultural do sistema patriarcal e da hegemonia masculina, em que as mulheres são responsáveis pelo cuidado da casa e dos filhos. Na sociedade contemporânea, com a mulher alcançando o mercado de trabalho, a sobrecarga de trabalho teve um aumento significativo, o que pode resultar em sofrimento psíquico.

Estudo na Bahia encontrou que as mulheres com alta sobrecarga doméstica e que recebiam até um salário mínimo apresentaram maior prevalência de TMC quando comparadas àquelas que recebiam mais de um salário mínimo (PINHO; ARAUJO, 2012). A desvalorização social e a falta de apoio podem comprometer o bem-estar psicológico e individual.

Sobre a avaliação da escala de sofrimento psíquico, foi possível observar que 37,6% das participantes apresentaram sofrimento mental. Os itens A (sensação de exaustão), B (nervosismo), E (inquietação/agitação) e I (esforço para realizar qualquer atividade) apresentaram maiores médias de escores na escala K-10. Um estudo realizado com ACS em seis unidades básicas de saúde no município de São Paulo mostrou que o risco para

o desenvolvimento de TMC e sofrimento psíquico em pessoas com exaustão e sensação de exaustão no trabalho era maior do que nos profissionais que relataram não se sentirem exaustos (SILVA & MENEZES, 2008).

A sobrecarga do trabalho doméstico, em muitos casos, implica em uma renúncia ao próprio cuidado para dedicar-se ao próximo, culminando em quadros de baixa autoestima, desesperança, ansiedade, frustração, tristeza e angústia (PINHO; ARAUJO, 2012; VIDAL *et al.*, 2013). As questões referentes à sobrecarga doméstica merecem ser discutidas dada a sua particularidade no universo feminino. Estudo na Bahia encontrou que realizar tarefas domésticas básicas como cozinhar, limpar a casa, cuidado e educação dos filhos e não receber ajuda nas tarefas aumentam o risco para o sofrimento psíquico (ARAUJO; PINHO; ALMEIDA, 2005).

Este estudo verificou que as mulheres possuem falta de esperança, humor deprimido, ansiedade e sentimento de menos-valia. Estudo de base populacional brasileira encontrou que os sintomas mais prevalentes foram fadiga, dificuldades para dormir e ansiedade (NUNES *et al.*, 2016).

O expressivo número de mulheres que tentaram o suicídio (14,9%) evidencia que esforços são necessários para a identificação precoce desses sintomas para a prevenção da violência autodirigida.

Mulheres com falta de apoio social e sem atividades de lazer apresentaram maior ocorrência de TMC (MARAGNO *et al.*, 2006; GALVÃO *et al.*, 2007; PINHO; ARAUJO, 2012; VIDAL *et al.*, 2013; LUCHESE *et al.*, 2014). Não manter atividade de lazer acarreta em sentimentos de tensão, preocupação, angústia, o que pode levar a transtornos mentais comuns. O lazer proporciona a redução do estresse, da angústia e da depressão,

porém, ele precisa estar contextualizado num espectro mais amplo que envolva também apoio social, com momentos prazerosos e felizes (ARAÚJO; PINHO; ALMEIDA, 2006).

O uso de álcool e tabagismo foram relatados na literatura como fatores associados à ocorrência de TMC (VIDAL *et al.*, 2013; LUCHESE *et al.*, 2014), porém, neste estudo, não houve investigação sobre esse fenômeno. Novos estudos devem ser conduzidos para aprofundar esse fenômeno.

O aumento no sofrimento psíquico e na ocorrência de TMC entre mulheres culmina no uso de medicamentos psiquiátricos. Essa realidade é preocupante, pois como apontado em estudo em Minas Gerais, 38,8% das mulheres que usavam medicamentos psiquiátricos não tinham indícios de TMC. Além disso, das mulheres que relataram uso de medicação psiquiátrica, 45,6% referiram não fazer consulta com Psiquiatra (VIDAL *et al.*, 2013). O uso indiscriminado e, muitas vezes, indevido de psicofármacos é uma realidade brasileira, principalmente, o uso de benzodiazepínicos. A medicalização da vida com a busca da redução de sintomas de ansiedade, dificuldade em dormir, entre outros, pode levar na dependência química de benzodiazepínicos e no prejuízo significativo da capacidade cognitiva.

Profissionais de saúde devem estar atentos para orientar a população quanto aos efeitos adversos e ao risco de dependência ocasionado por benzodiazepínicos. Devem oportunizar ações de psicoeducação, com promoção de autoestima, perseverança e esperança para estimular comportamentos positivos.

Dentre as limitações deste estudo, temos que: estudos transversais analisam no dado momento, não sendo possível fazer inferências do fenômeno a um longo prazo; o fato de não ter sido utilizado nenhum instrumento específico para avaliar o uso de substâncias psicoativas pode ter comprometido os resultados encontrados.

CONCLUSÃO

Esta pesquisa revelou uma alta prevalência de quadros sugestivos de TMC em mulheres atendidas em UBS. É premente a necessidade de modificar o modelo dos serviços de saúde para a comunidade, sobretudo quanto ao acolhimento das demandas em saúde mental. É importante que o enfermeiro e os demais profissionais de saúde que atuam na atenção básica possam identificar os quadros de TMC ainda nas unidades, e a partir daí implementar estratégias para prevenir a progressão e agudização dos casos. Assim, são evitados encaminhamentos desnecessários e o problema pode ser solucionado de forma mais rápida e mais eficaz.

Sintomas depressivos e ansiosos, sensação de exaustão, nervosismo e inquietação tiveram maiores prevalências na população em estudo. Esses dados são relevantes para direcionar uma atuação de enfermagem que valorize a saúde mental das mulheres nos momentos de atendimento, sejam esses oportunizados na consulta ginecológica, planejamento familiar, pré-natal, hipertensão e diabetes, grupos educativos e visitas domiciliares.

Sugere-se a realização de outros estudos voltados para a identificação de TMC na atenção básica com amostras probabilísticas a fim de disponibilizar dados com menos vieses que possam embasar o cuidado de enfermagem na promoção da saúde mental da mulher.

REFERÊNCIAS

ARAYA, R.; ROJAS, G.; FRITSCH, R.; ACUÑA, J.; LEWIS, G. Common mental disorders in Santiago, Chile. **Br. J. Psychiatry**, v. 178, p. 228-33, 2001.

ARAÚJO, T.M.; PINHO, P.S.; ALMEIDA, M.M.G. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 5, n. 3, p. 337-48, 2005.

BONADIMAN, S.C.; PASSOS, V.M.A.; MOONEY, M.; NAGHAVILL, M.; LEVO, A.P.S. A carga dos transtornos mentais e decorrentes do uso de substâncias psicoativas no Brasil: Estudo de Carga Global de Doença, 1990 e 2015. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 20, supl. 1, p. 191-204, 2017

CARLOTTO, M.S.; AMAZARRAY, M.R.; CHINAZZO, I.; TABORDA, L. Transtornos Mentais Comuns e fatores associados em trabalhadores: uma análise na perspectiva de gênero. **Cadernos Saúde Coletiva (UFRJ)**, v. 19, p. 172-178, 2011.

COSTA, A.G.; LUDERMIR, A.B. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, fev. 2005.

GALVÃO, L.L.L.F.; FARIAS, M.C.S.; AZEVEDO, P.R.M.; VILAR, M. J.P.; AZEVEDO, J.D. Prevalência de transtornos mentais comuns e avaliação da qualidade de vida no climatério. **Revista Associação Médica Brasileira**, v. 53, p. 414-420, 2007.

GOLDBERG, D.; HUXLEY, P. **Common mental disorders: a bio-social model**. London: Routledge, 1992.

GONÇALVES, D.M.; KAPCZINSKI, F.P. Transtornos mentais em comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 1641-1650, 2008.

KESSLER, R. C.; AGUILAR-GAXIOLA, S.; ALONSO, J.; CHATTERJI, S.; LEE, S.; ORMEL, J. *et al.* The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. **Epidemiol. Psychiatr. Soc.**, v. 18, n. 1, p. 23-33, 2009.

LOPEZ, A. D.; MURRAY, C. C. The global burden of disease, 1990-2020. **Nat. Med.**, v. 4, n. 11, p. 1241-3, 1998.

LUCCHESI, R.; SOUSA, K.; BONFIN, S.P.; VERA, I.; SANTANA, F.R. Prevalência de transtorno mental comum na atenção primária. **Acta Paul. Enferm.**, v. 27, n. 3, p. 200-7, 2014.

LUDERMIR, A.B.; MELO FILHO, D.A. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. **Rev. Saúde Pública**, v. 36, p. 213-21, 2002.

MARAGNO, L.; GOLDBAUM, M.; GININI, R.J.; NOVAES, H.M.D.; CÉSAR, C.H.G. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo programa Saúde da Família (QUALIS) no município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, p. 1639-48, 2006.

NUNES, M.A.; PINHEIRO, A.P.; BESSEL, M.; BRUNONI, A.R.; KEMP, A.H.; BENSEN, I.M. *et al.* Common mental disorders and socio-demographic characteristics: baseline findings of the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 38, n. 2, p. 91-7, 2016.

PINHO, P.S.; ARAUJO, T.M. Associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v.15, n3, p.560-572, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001**. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: OMS, 2001.

SILVA, A.T.C.; MENEZES, P.R. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.42, n.5, p.921-929, 2008.

VIDAL, C. E. L. *et al.* Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 457-464, 2013.

t

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The Global Burden of disease: 2004 update. Geneva: WHO, 2008.

AUTORES

ALESSANDRA SILVA XAVIER

Psicóloga. Doutora em Psicologia Clínica pela Universidade de Santiago de Compostela (Espanha). Docente do curso de Psicologia da Universidade Estadual do Ceará.

ALISSON SALATIEK FERREIRA FREITAS

Enfermeiro. Mestre em Ensino na Saúde pela Universidade Estadual do Ceará. Docente do curso de Enfermagem do Centro Universitário Christus.

ANA ANDRESSA DE SOUSA FERREIRA

Enfermeira. Pós-Graduação lato sensu em Terapia Intensiva (em andamento) pela Universidade de Fortaleza.

ANA CARINA STELKO PEREIRA

Psicóloga. Doutora em Psicologia pela Universidade Federal de São Carlos. Docente do curso de Psicologia da Universidade Federal do Paraná e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará.

ANA KALLINY DE SOUSA SEVERO

Psicóloga. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas. Docente do curso de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

ANA KARENINA DE MELO ARRAES AMORIM

Psicóloga. Doutora em Psicologia Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Docente do curso de graduação e Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

ANA MARIA PEREIRA MARTINS

Enfermeira. Doutoranda em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará. Docente de Enfermagem da Faculdade Terra Nordeste.

ANA VALESKA PERDIGÃO BARROS

Discente de Enfermagem pelo Centro Universitário Christus.

ANDREA CAPRARA

Médico. Doutor em Antropologia pela Universidade de Montreal (Canadá) e Pós-Doutor pela Universidade de Perúgia (Itália). Docente do curso de Medicina e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará.

ANTONIO RODRIGUES FERREIRA JÚNIOR

Enfermeiro. Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas. Docente do curso de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará.

ANTONIO VLADIMIR FÉLIX DA SILVA

Psicólogo. Doutor em Ciências Psicológicas pela Universidade de Havana (Cuba). Docente do curso de Medicina e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Piauí.

CARLOS HENRIQUE DO NASCIMENTO MORAIS

Enfermeiro. Formação pela Society of Trauma Nurses e Residente em Urgência e Emergência pela Santa Casa de Misericórdia de Sobral (CE).

CLEIDE CARNEIRO

Assistente Social. Doutora em Serviço Social pela Universidade Estadual Paulista. Docente do Mestrado Profissional Ensino na Saúde da Universidade Estadual do Ceará.

DANIELLY MAIA DE QUEIROZ

Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará. Servidora pública do município de Maracanaú (CE).

DAIANNE CRISTINA ROCHA

Nutricionista. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará. Docente do curso de Nutrição do Centro Universitário Christus.

DELANE FELINTO PITOMBEIRA

Psicóloga. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará. Docente do curso de Psicologia da Universidade Estadual do Ceará.

FABÍOLA DE LIMA GONÇALVES

Enfermeira. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará.

FERNANDA FLANIA SOARES MAIA

Enfermeira. Pós-Graduação lato sensu em Enfermagem Pediátrica e Neonatal (em andamento) pela Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza.

FERNANDA JORGE GUIMARÃES

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Docente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco.

GABRIELLA OLIVEIRA ALBUQUERQUE LINS

Enfermeira. Graduação pela Universidade Federal de Pernambuco.

GIRLIANI SILVA DE SOUSA

Enfermeira. Doutora em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento pela Universidade Federal de Pernambuco. Docente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo.

HELENA ALVES DE CARVALHO SAMPAIO

Nutricionista. Doutora em Farmacologia pela Universidade Federal do Ceará. Professora emérita vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará.

HERALDO SIMÕES FERREIRA

Profissional de Educação Física. Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará e Pós-Doutor em Desenvolvimento Humano e Tecnologias pela Universidade Estadual Paulista. Docente do curso de Educação Física e do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Estadual do Ceará.

HERLA MARIA FURTADO JORGE

Enfermeira. Doutora em Tocoginecologia pela Universidade Estadual de Campinas. Docente do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí.

HERMÍNIA MARIA SOUSA DA PONTE

Enfermeira. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará. Docente do curso de Enfermagem do Centro Universitário INTA de Sobral (CE).

ISABELLA MESQUITA UCHOA

Profissional de Educação Física. Graduação pelo Centro Universitário Estácio do Ceará.

ISADORA ARAÚJO RODRIGUES

Discente de Enfermagem pelo Centro Universitário Christus.

IZAUTINA VASCONCELOS DE SOUSA

Enfermeira. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará. Servidora do Hospital Geral da Polícia Militar José Martiniano de Alencar.

JAQUELINE GALDINO ALBUQUERQUE PERRELLI

Enfermeira. Doutora em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento pela Universidade Federal de Pernambuco. Docente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco.

JESSICA JEROME

Médica. Doutora em Antropologia Cultural pela Universidade de Chicago (EUA). Professora assistente do Departamento de Ciências da Saúde – DePaul University Chicago (EUA).

JOSÉ JACKSON COELHO SAMPAIO

Médico. Doutor em Medicina Preventiva pela Universidade de São Paulo. Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e Magnífico Reitor da Universidade Estadual do Ceará.

KARLA JULIANNE NEGREIROS DE MATOS

Psicóloga. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará. Docente visitante do Centro Universitário Christus e UniAteneu.

KELLYANNE ABREU SILVA

Enfermeira. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará. Pesquisadora no campo das estratégias inovadoras para o controle de doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti*.

LARISSA VERAS DE ARAÚJO

Enfermeira. Graduação pela Universidade de Fortaleza.

LÍDIA ANDRADE LOURINHO

Fonoaudióloga e psicopedagoga. Doutora e Pós-Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará. Docente dos cursos de Mestrado Profissional em Ensino na Saúde e Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Estadual do Ceará.

LUCIA CONDE DE OLIVEIRA

Assistente Social. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro e Pós-Doutora pela Universidade Federal da Bahia. Docente do curso de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará.

LÚCIA DE FÁTIMA ROCHA BEZERRA MAIA

Assistente Social. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará. Servidora pública do Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará.

MARCELO GURGEL CARLOS DA SILVA

Médico. Doutor em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo e Pós-Doutor em Economia da Saúde pela Universidade de Barcelona (Espanha). Docente do curso de Medicina e da Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará; médico epidemiologista e docente da Faculdade Rodolfo Teófilo do Instituto do Câncer do Ceará.

MARIA ROCINEIDE FERREIRA DA SILVA

Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará. Docente do curso de Enfermagem, dos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Cuidados Clínicos em Enfer-

magem e Saúde, e Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Estadual do Ceará.

MARIA SÔNIA LIMA NOGUEIRA

Assistente Social. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará. Servidora pública do município de Fortaleza (CE) e docente do Centro Universitário Maurício de Nassau.

PEDRO BRAGA NETO

Médico. Doutor em Ciências e Pós-Doutor em Neurologia pela Universidade Federal de São Paulo. Docente do curso de Medicina e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará e do curso de Medicina e do Programa de Pós-Graduação de Ciências Médicas pela Universidade Federal do Ceará.

RAIMUNDA MAGALHÃES DA SILVA

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo e Pós-Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas. Docente do curso de Enfermagem e da Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza.

RENATA BORGES VASCONCELOS

Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará. Servidora pública do município de Horizonte (CE).

ROBERTA CARVALHO ROMAGNOLI

Psicóloga. Doutora em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e Pós-Doutora em Análise Institucional pela Universidade Cergy-Pontoise (França). Docente do curso de graduação e Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.

SÔNIA SAMARA FONSECA DE MORAIS

Enfermeira. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará. Integrante do grupo de pesquisa Epidemiologia e Economia da Saúde.

WALDÉLIA MARIA SANTOS MONTEIRO

Enfermeira. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará. Servidora pública da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Coordenadora da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital Geral de Fortaleza.