

MARIA ROCINEIDE FERREIRA DA SILVA  
LARISSA ALVES ALEXANDRE MOLITERNO  
LÍVIA LOPES CUSTÓDIO  
(Organizadoras)

# AValiação, Cuidado e Promoção de Saúde: Construção de Saberes e Práticas.

AVALIAÇÃO, CUIDADO E  
PROMOÇÃO DE SAÚDE:

**CONSTRUÇÃO DE SABERES E PRÁTICAS.**

## **UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ**

### **REITOR**

José Jackson Coelho Sampaio

### **VICE-REITOR**

Hidelbrando dos Santos Soares

### **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
Liduina Farias Almeida da Costa	Silvia Maria Nóbrega-Therrien

### **CONSELHO CONSULTIVO**

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

Maria Rocineide Ferreira da Silva  
Larissa Alves Alexandre Moliterno  
Lívia Lopes Custódio  
(Organizadoras)

# AVALIAÇÃO, CUIDADO E PROMOÇÃO DE SAÚDE: CONSTRUÇÃO DE SABERES E PRÁTICAS.

1ª Edição

Fortaleza - CE

2015



**AVALIAÇÃO, CUIDADO E PROMOÇÃO DE SAÚDE:  
CONSTRUÇÃO DE SABERES E PRÁTICAS.**

© 2015 *Copyright by* Maria Rocineide Ferreira da Silva, Larissa Alves Alexandre Moliterno  
e Livia Lopes Custódio

Impresso no Brasil / Printed in Brazil  
Efetuado depósito legal na Biblioteca Nacional

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS

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

Editora filiada à



**Coordenação Editorial**

Erasmus Miessa Ruiz

**Diagramação e Capa**

Narcelio de Sousa Lopes

**Revisão de Texto**

Vanda de Magalhães Bastos

**Ficha Catalográfica**

Vanessa Cavalcante Lima – CRB 3/1166

---

A 945      Avaliação, cuidado e promoção de saúde: construção de saberes e práticas/  
Maria Rocineide Ferreira da Silva, Larissa Alves Alexandre Moliterno,  
Livia Lopes Custódio (Org.). – Fortaleza: EdUECE, 2015.

379 p.  
ISBN: 978-85-7826-300-3

1. Cuidado em saúde. 2. Teoria e pratica. I. Título.

CDD: 610

---

# SUMÁRIO

**Prefácio..... 10**

**Introdução ..... 13**

## **PARTE 1**

**CUIDADO E ATENÇÃO À SAÚDE..... 16**

### **Capítulo 1**

Diabetes e hipertensão como fatores de risco para a doença renal crônica ..... 17

*Luana Rodrigues Sarmiento, Larissa Alexandre Alves Moliterno, Livia Cristina Barros Barreto, Paula Franssineti Castelo Branco Camurça Fernandes*

### **Capítulo 2**

Miocardiopatia puerperal e o cuidado em situação de adoecimento: experiência e revisão integrativa ..... 38

*Tamires Layane de Lima, Maria José Melo Ramos Lima, Pedro Braga Neto*

### **Capítulo 3**

Doença falciforme em crianças e as perspectiva de cuidado domiciliar 68

*Livia Lopes Custódio, Ilvana Lima Verde Gomes, Aline Mayra Lopes Silva, Sarah Vieira Figueiredo, Márcia Shirley de Menezes, Ana Valeska Siebra e Silva*

### **Capítulo 4**

Empoderamento do paciente diabético: autocuidado como modelo centrado na pessoa..... 87

*Andrea Caprara, Lucimar Bóh Barbosa, Elaine Neves de Freitas, Edenúbia Pereira Félix*

## **Capítulo 5**

Comportamento alimentar de adultos jovens escolares com excesso ponderal em um município do nordeste brasileiro ..... 109

*Jair Gomes Linard, Irialda Sabóia Carvalho, Raquel Sampaio Florêncio, Thereza Maria Magalhães Moreira*

## **Capítulo 6**

Compreensões acerca dos problemas relacionados ao uso de crack e assistência aos usuários na perspectiva dos trabalhadores de saúde dos Caps ad e da atenção primária. .... 122

*Lourdes Suelen Pontes Costa, Aline Teles de Andrade, Thalita Soares Rimes, Nara Albuquerque Góes, Paulo Henrique Dias Quinderé, Maria Salette Bessa Jorge.*

## **PARTE 2**

**INTINERÁRIOS E FORMAÇÃO PARA ATENÇÃO QUALIFICADA ..... 147**

## **Capítulo 7**

A formação de alunos da educação de jovens e adultos como navegadores de saúde: avanços e descompassos..... 148

*Eliany P. Mariano, Ehrika Vanessa A Menezes, Helena A Carvalho Sampaio, Maria da Penha B. Passamai, Soraia Pinheiro M. Arruda*

## **Capítulo 8**

Processo de trabalho em saúde bucal: saberes e práticas no contexto da residência multiprofissional em saúde da família e comunidade. .... 164

*Pedro A. de Araújo Filho, Kilma Wanderley Lopes Gomes Valdicleibe Lira Amorim, Maria Rocineide Ferreira da Silva*

## **Capítulo 9**

Interação ensino-serviço e diversificação dos cenários de prática: reflexões para a formação de enfermeiros comprometidos com o SUS..... 198

*Danielly M. de Queiroz, Lúcia C. de Oliveira, Maria Marlene M. Ávila, Mirian Ferreira C.Castelo Branco, Elisângela Rebouças Custódio*

## **Capítulo 10**

Método de ensino-aprendizagem: predomínio do ensino tradicional nos cursos da área da saúde em uma universidade pública no Ceará.... 222

*Maria Marlene M. Ávila, Maria das Graças B. Peixoto, Maria do Socorro de Sousa, Lucia Conde de Oliveira, Vanessa Calixto V. Sanca, Elisângela C. Rebouças*

## **Capítulo 11**

Retrato das internações pelo vírus da imunodeficiência humana – HIV no Ceará..... 242

*Francisca Geisa de S. Passos, Lillian de Queiroz Costa, Marcelo Gurgel Carlos da Silva*

## **PARTE 3**

**SAÚDE MENTAL, REDE CEGONHA E ONCOLOGIA NA PERSPECTIVA DO CUIDADO ..... 259**

## **Capítulo 12**

Violência enquanto um problema de saúde coletiva: exemplo de um programa canadense de prevenção de comportamentos agressivos.. 260

*Ana Carina Stelko-Pereira, Carla Samya N. Falção, Danielle D. Fernandes, Gabriela P. Amâncio*

## **Capítulo 13**

(Des)institucionalização do cuidado em saúde mental: uma análise crítica da atenção psicossocial. .... 279

*Mariana Pompilio G. Cabral, Carliene B. da Costa, Diego M. da Silva, Erasmo M. Ruiz, Maria alete B. Jorge.*

## **Capítulo 14**

“O Caps encaminha pra cá, mas nós não somos psiquiatras”: desafios da produção do cuidado em saúde mental na atenção primária e especializada. .... 303

*Carliene B. da Costa, Mariana Pompilio G. Cabral, Maria Salete B. Jorge*

## **Capítulo 15**

Direitos dos usuários em adoecimento mental como ferramenta de cuidado com foco na integralidade. .... 329

*Karine Correia C. Schuster, Maria Salete B. Jorge*

## **Capítulo 16**

Cartografia como ferramenta com potencial para pesquisa em saúde coletiva. .... 345

*Maria Raquel Rodrigues Carvalho, Diego da Silva Medeiros, Túlio Franco, Maria Salete B. Jorge*

**SOBRE OS AUTORES .....368**

## PREFÁCIO

A Saúde Coletiva não é um paradigma teórico. Revela-se com um outro cenário que (re)contextualiza as reflexões do pensar e faz intervenções no processo assistencial. Resgata a pluralidade do cuidado em todas as suas dimensões que se interrelacionam entre si. A produção do cuidado perpassa por dimensões sociais, culturais, econômicas, formativas, política e ideológica.

A complexidade que envolve o processo assistencial tem, ao largo dos anos, exigido estratégias que apontam claramente as necessidades sociais da saúde (OMS, 1995; OPAS, 1997). Essas necessidades foram contempladas no Movimento da Reforma Sanitária, que propôs mudanças no modelo convencional das práticas assistenciais, e no modelo de saúde autoritário centrado em ações curativas para o modelo de saúde centrado nas ações de promoção da saúde e prevenção de agravos e doenças, fortalecendo o direito à saúde com princípios fundamentados para melhoria do processo de atenção sanitária.

Essa transição, fundamentalmente, fomentou o fortalecimento da Atenção Primária de Saúde, implementando uma reestruturação organizativa e funcional e potencializou a interdisciplinaridade, o papel social do sujeito usuário com participação familiar, estabelecendo os desafios e perspectivas para a promoção da saúde.

Assim, o processo de adoecimento passa a ser interpretado como um contexto que envolve uma gama de fatores ou determinantes, defendidos na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986. Esta concepção da saúde além “da ausência de doença” foi reforçada e institucionalizada no Brasil através da Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006).

Sabemos que os desafios na construção de novas práticas que incorporem um pensamento crítico reflexivo do cuidar envolve um processo contínuo e cultural, que deve ser transversal e associável entre a formação e a prática clínica.

O cuidado e a atenção à saúde envolve um movimento que implica atender aos princípios da autonomia do cuidado, partindo da base que o adoecimento exige intervenções coletivas, abordando práticas e saberes que contribuam para as perspectivas de empoderamento do saber e fazer, como um caminho para dar visibilidade ao papel social, ideológico, político e cultural no processo de tomada de decisão na atenção sanitária.

O empoderamento deve partir, fundamentalmente, do eixo da formação tanto a nível acadêmico como também no processo de trabalho. O conhecimento e a prática clínica deve ser um caminho de vários sentidos como uma reciprocidade de associação para a melhoria do processo assistencial pautado na atenção qualificada, principalmente no que tange essa assistência na atenção primária à saúde, campo promissor na mudança do paradigma sanitário brasileiro, influenciando sobremodo no investimento de políticas públicas de Saúde. *“Ninguém nasce educador ou marcado para ser educador. A gente se faz educador, a gente se forma, como educador, permanentemente, na prática e na reflexão da prática”.* (FREIRE, 1991: 58).

Existem áreas de atenção especializada que não significam atuação ou intervenção isolada. Pelo contrário, a especialidade pode representar um repensar multidimensional ou multidisciplinar sobre um perfil de usuários de um sistema. Por exemplo, podemos mencionar a Saúde Mental, a Oncologia e a Rede Cegonha na atenção Primária. Partindo dessa premissa, vivenciam-se no cotidiano práticas que exigem uma responsabilidade

compartilhada do processo de cuidado, redirecionando as intervenções do singular para o plural. Deve se observar a pluralidade de aportes que cada especialidade necessita para substituir antigas práticas em novas formas de pensar, fazer e ser tanto como profissional da saúde como usuário do sistema sanitário.

O cuidar na Saúde Coletiva é um campo de pluralidades nas produções de novas práticas assistenciais, indo além de conceitos ou paradigmas. É ultrapassar a fronteira da singularidade da doença e do adoecer e dar visibilidade ao sujeito, que passa a ser usuário do sistema sanitário, na sua integralidade e autonomia, como ponte para alcançar a excelência na resolubilidade do processo assistencial.

### **Adriana Catarina de Souza Oliveira**

Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Professora da Graduação em Enfermagem e Pós-Graduação em *Investigacion en Ciencias Sociosanitarias* na Universidade Católica de Murcia (UCAM - Espanha).

## INTRODUÇÃO

O livro se apresenta como produções de capítulos articulado com temáticas sobre **avaliação, cuidado e promoção da saúde**, de uma coletânea de pesquisas dos alunos e seus professores/orientadores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará. Foi um caminho que se abre em várias trilhas de construções coletivas as quais articulam saberes e conhecimentos de áreas que juntas atravessam e compõem o campo da saúde coletiva.

O debate sobre avaliação, cuidado e promoção da saúde vem aumentando nos últimos anos. Por isso, fazem-se necessárias reflexões, pesquisas, textos que pautem o diálogo sobre temas tão atuais e necessários de serem aprofundados na contemporaneidade no momento em que precisamos unir forças para continuar a defesa de um sistema público de saúde, que já existe, mas que pela via das pesquisas acadêmicas implicadas com a produção da vida vai se fazendo vivo, revelando suas fragilidades e ao mesmo tempo sua potência.

Os desdobramentos desse processo de produção pautaram-se em reflexões a cerca dos cuidados em situação de adoecimento, empoderamento do paciente e o auto-cuidado, das compreensões acerca dos problemas vinculados à saúde mental, além do papel desempenhado pelos profissionais da área da saúde, vislumbrando a interação ensino, formação e suas práxis.

O livro articula-se em três eixos temáticos acerca da saúde. Tendo como a primeira parte intitulada como **cuidado e atenção à saúde** compostos pelos seguintes capítulos: Diabetes e hipertensão como fatores de risco para a doença renal crônica; Miocardiopatia puerperal e o cuidado em situação de adoecimento:

experiência e revisão integrativa; Doença falciforme em crianças e as perspectiva de cuidado domiciliar; Empoderamento do paciente diabético: autocuidado como modelo centrado na pessoa; Comportamento alimentar de adultos jovens escolares com excesso ponderal em um município do nordeste brasileiro; Compreensões acerca dos problemas relacionados ao uso de *crack* e assistência aos usuários na perspectiva dos trabalhadores de saúde dos caps ad e da atenção primária.

A parte dois, intitulada **Intinerários e Formação para Atenção Qualificada**, discute: A formação de alunos da educação de jovens e adultos como navegadores de saúde: avanços e descompassos; Processo de trabalho em saúde bucal: saberes e práticas no contexto da residência multiprofissional em saúde da família e comunidade; Interação ensino-serviço e diversificação dos cenários de prática: reflexões para a formação de enfermeiros comprometidos com o SUS; Método de ensino-aprendizagem: predomínio do ensino tradicional nos cursos da área da saúde em uma universidade pública no Ceará e Retrato das internações pelo vírus da imunodeficiência humana – HIV no Ceará.

A terceira e última parte dessa produção científica, **Saúde Mental, Rede Cegonha e Oncologia na perspectiva do Cuidado** aborda os seguintes temas: Violência enquanto um problema de saúde coletiva: exemplo de um programa canadense de prevenção de comportamentos agressivos; (Des)institucionalização do cuidado em saúde mental: uma análise crítica da atenção psicossocial; O caps encaminha pra cá, mas nós não somos psiquiatras..”: desafios da produção do cuidado em saúde mental na atenção primária e especializada; Direitos dos usuários em adoecimento mental como ferramenta de cuidado com foco na integralidade; Cartografia como ferramenta com potencial para pesquisa em saúde coletiva.

Caro leitor, cara leitora, a partir da oferta de um mosaico de possibilidades que apresentamos nesta obra, a você destinada, desejamos que os temas aqui tratados alimentem reflexões e debates... Boa leitura!!!

**Profa. Dra. Maria Rocineide Ferreira da Silva**

Mestranda Larissa Alves Alexandre Moliterno

Mestranda Lívia Lopes Custódio

# **PARTE I - CUIDADO E ATENÇÃO À SAÚDE**

# CAPÍTULO 1

## DIABETES E HIPERTENSÃO COMO FATORES DE RISCO PARA DOENÇA RENAL CRÔNICA.

Luana Rodrigues Sarmiento<sup>1</sup>

Larissa Alexandre Alves Moliterno<sup>1</sup>

Lívia Cristina Barros Barreto<sup>1</sup>

Paula Frassinetti Castelo Branco Camurça Fernandes<sup>2</sup>

### INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crônica (DRC) é atualmente um problema de saúde pública devido à sua crescente incidência e ao alto custo da terapia de substituição renal (TRS). Afeta 5 a 10% da população mundial e sua incidência no Brasil têm aumentado, devido ao número crescente de pacientes diagnosticados, principalmente os portadores de diabetes mellitus, hipertensão arterial, bem como pelo aumento da longevidade da população. Estima-se que cerca de 10% da população adulta tem algum grau de perda de função renal. Segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), esse percentual pode aumentar para 30% a 50% em pessoas acima de 65 anos (SESSO, 2007).

Entende-se por DRC a lesão do parênquima renal (com função renal normal) e/ou a diminuição funcional renal presentes por um período igual ou superior a três meses, sendo proposto a partir de então a definição por estadiamento da doença (Tabela

1). Assumiu-se tal definição a partir dos critérios estabelecidos pela *National Kidney Foundation Americana* (NKF), em seu documento *Kidney Disease Outcomes Quality Initiative* (K/DOQI). Os critérios são: Lesão presente por um período igual ou superior a três meses, definida por anormalidades estruturais ou funcionais do rim, com ou sem diminuição da Filtração Glomerular (FG), evidenciada por anormalidades histopatológicas ou de marcadores de lesão renal, incluindo alterações sanguíneas ou urinárias, ou ainda de exames de imagem; e FG <60 mL/min/1,73 m<sup>2</sup> por um período igual ou superior a três meses com ou sem lesão renal (BASTOS, 2010; BRASIL, 2014a).

## Estadiamento da DRC

A doença renal é uma doença progressiva, com piora da função ao longo dos anos. O diagnóstico e estadiamento da DRC baseiam-se na documentação da diminuição da taxa de filtração glomerular (TFG) e lesão do parênquima renal. Segue abaixo na Tabela 1, a classificação (estadiamento) da DRC proposta na reunião de consenso KDOQI/KDIGO (K/DOQI, 2002).

**TABELA 1.** Estadiamento de Doença Renal Crônica

ESTÁGIO	TAXA DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR (TFG)	PROTEINÚRIA	DESCRIÇÃO
1	≥90ml/min/1,73m <sup>2</sup>	Presente	Lesão renal com função renal normal ou aumentada
2	60-89ml/min/1,73m <sup>2</sup>	Presente	Lesão renal com TFG levemente diminuída
3A	45-59ml/min/1,73m <sup>2</sup>	Presente	ou Lesão renal com TFG moderadamente diminuída
3B	30-44ml/min/1,73m <sup>2</sup>	Ausente	
4	15-29 ml/min/1,73m <sup>2</sup>	Presente Ausente	ou Lesão renal com TFG severamente diminuída
5	<15 ml/min/1,73m <sup>2</sup>	Presente Ausente	ou Falência renal estando ou não em terapia renal substitutiva

Fonte: Adaptado de Bastos & Kirsztajn (2011).

De acordo com as Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica(2014), o cuidado clínico no controle dos fatores de progressão da DRC deve ser sempre intensificado, de acordo com a evolução da DRC:

- a) DRC estágio 1: Pacientes com função renal normal, sem nenhum tipo de sintoma, mas sob alto risco de deterioração da função renal a longo prazo devido algumas doenças (diabetes, hipertensão, rins policísticos, etc.) Para tratamento dos fatores de risco deve ser realizado o controle da glicemia, da hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade, doenças cardiovasculares, tabagismo e adequação do estilo de vida.
- b) DRC estágio 2: Pessoas com pequenas perdas da função dos rins. Pacientes correm maior risco de agravamento da função renal se expostos a drogas tóxicas aos rins (anti-inflamatórios ou contrastes). Também deve-se tratar os fatores de risco.
- c) DRC estágio 3: subdividido em 3A e 3B:
  - c.1) 3A - Deve-se avaliar e tratar as complicações. Os pacientes devem intensificar tratamento dos fatores de risco para desenvolver a DRC e doença cardiovascular, deve ser acompanhado por nefrologista. As primeiras complicações da doença começam a se desenvolver (anemia, osteodistrofia).
  - c.2) 3B - Tratar complicações, iniciar discussões sobre as opções para possíveis futuras necessidades de terapia de substituição renal.
- d) DRC estágio 4: O acompanhamento deste indivíduo deve ser multiprofissional. Os primeiros sintomas

começam a aparecer e as análises laboratoriais evidenciam várias alterações: níveis elevados de fósforo e PTH, anemia estabelecida, pH sanguíneo baixo, elevação do potássio, emagrecimento e sinais de desnutrição, piora da hipertensão, enfraquecimento ósseo, aumento do risco de doenças cardíacas, diminuição da libido, redução do apetite, cansaço, etc.

e) DRC estágio 5: O rim já não desempenha funções básicas. Os pacientes começam a sentir os sintomas da doença renal, chamados uremia. O início da terapia renal substitutiva está indicado e o acompanhamento desses indivíduos em procedimento dialítico é realizado nas unidades de atenção especializadas em doença renal crônica.

Deve-se indicar terapia renal substitutiva (TRS) para pacientes com TFG inferior a  $10 \text{ mL/min/1,73m}^2$ . Em pacientes diabéticos e com idade inferior à 18 anos, pode-se indicar o início da TRS quando a TFG for menor do que  $15 \text{ mL/min/1,73m}^2$ . Em todas essas situações, deve-se respeitar a condição clínica e alteração laboratorial do paciente. A escolha do método de TRS deve levar em consideração a escolha do paciente, bem como a condição clínica, de acordo com avaliação da equipe multiprofissional, sendo as modalidades disponíveis: a hemodiálise, a diálise peritoneal e o transplante renal (BRASIL, 2014a).

Na hemodiálise, a máquina recebe o sangue do paciente por um acesso vascular, que pode ser um cateter (tubo) ou uma fístula arteriovenosa, e depois é impulsionado por uma bomba até o filtro de diálise (dialisador). Nele, o sangue é exposto à solução de diálise (dialisato) através de uma membrana semipermeável que retira o líquido e as toxinas em excesso e devolve o

sangue limpo para o paciente pelo acesso vascular. Dependendo da situação clínica do paciente o tempo pode variar de 3 a 5 horas por sessão e pode ser feita 2, 3, 4 vezes por semana ou até mesmo diariamente, de acordo com a prescrição do médico nefrologista (BRASIL, 2015).

A diálise peritoneal (DP) utiliza equipamento específico que infunde e drena uma solução especial diretamente no abdômen do paciente, sem contato direto com o sangue através de um cateter implantado na cavidade peritoneal. A DP é realizada no próprio domicílio do paciente com o auxílio de um equipamento portátil com duração média de 12 horas, podendo ser realizada enquanto o paciente dorme, todos os dias da semana (BRASIL, 2015).

A indicação de transplante deve seguir as orientações da Portaria GM/MS N° 2.600, de 31 de outubro de 2009. Os pacientes com DRC devem ser encaminhados para os serviços especializados em transplante desde o estágio 5, não dialítico. Duas modalidades de transplante de rim podem ser consideradas, de acordo com o tipo de doador, em transplante com doador vivo ou doador falecido. Pode-se considerar o transplante preemptivo, que é aquele realizado antes do paciente iniciar TRS (BRASIL, 2009).

A importância clínica da instituição da classificação em estágios de DRC consiste na uniformização da linguagem entre os profissionais que lidam com a doença na prática clínica (BRASIL, 2014a). Segundo Bastos & Kirsztajn (2011), o tratamento ideal da DRC é baseado em três pilares de apoio:

1. Diagnóstico precoce: alterações funcionais, principalmente através da TFG, são importantes componentes no diagnóstico e classificação da DRC.

2. Encaminhamento imediato para tratamento nefrológico: possibilita a educação pré-diálise.
3. Implementação de medidas para preservar a função renal: retardam ou interrompem a progressão para os estágios mais avançados da doença, assim como diminuem morbidade e mortalidade iniciais.

De acordo com as Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica(2014), a prevenção é feita inicialmente através do conhecimento do seu grau de função renal, da detecção e controle da hipertensão arterial e Diabetes, a manutenção do peso ideal através de uma dieta saudável e a prática de exercícios físicos, uma adequada ingestão de água (30ml/kg), o cuidado com o uso abusivo de medicamentos por conta própria, sobretudo os anti-inflamatórios, abandono do tabagismo, cujo controle e tratamento devem estar de acordo com as normatizações e orientações do Ministério da Saúde.

## **Fatores de risco**

As causas mais importantes para a DRC são resultantes das doenças cardiovasculares tais como a hipertensão arterial sistêmica (HAS), o diabetes mellitus (DM), a história familiar de DRC e o envelhecimento, deste modo, torna-se importante a sua prevenção e tratamento precoce (BRASIL, 2012).

Conhecer essas duas condições, suas manifestações clínicas e suas comorbidades é de fundamental importância para o planejamento de intervenções. Primeiramente a hipertensão arterial sistêmica (HAS) que é definida como o aumento dos níveis pressóricos arteriais acima da média considerada normal. Esta alteração decorre do aumento na contratilidade da camada muscular

lisa que forma a parede da artéria. Em termos gerais, pode-se definir a hipertensão como as medidas acima de 140mmHg para pressão sistólica e acima de 90mmHg para a pressão diastólica. Podendo ser primária ou secundária a outras causas, como consequência de um estreitamento de parte da artéria, tumores nas glândulas supra-renais e compressão do parênquima renal (UNIFESP, 2004).

Tal condição é considerada “democrática”, visto que atinge, indistintamente, pessoas de ambos os sexos, raças e etnias, além de afetar indivíduos de diferentes idades, classes sociais e estilo de vida. Os dados epidemiológicos dessa disfunção demonstram que acomete um em cada três adultos, estimando-se que 30% da população brasileira apresente esse quadro, chegando a mais de 50% na população com mais de 60 anos. Os dados evidenciam, ainda, que 5% das crianças e adolescentes brasileiros são acometidos pela HAS e que, no mundo, 3% das crianças e adolescentes enfrentam esse problema. Além disso, a HAS é responsável por 40% dos infartos, 80% dos derrames e 25% dos casos de insuficiência renal terminal. No mundo, segundo a Organização Mundial da Saúde, cerca de 7 milhões de pessoas morrem, a cada ano, e 1,5 bilhão, adoecem devido à hipertensão (BRASIL, 2014b).

Além de estar intimamente relacionada à função renal, podendo ser tanto a causa como a consequência de doenças renais, estando presente na maior parte dessas patologias, principalmente nas glomerulopatias e na nefropatia diabética. A prevalência de hipertensão, determinada por ocasião da detecção da doença renal, aumenta progressivamente à medida que a função renal vai se deteriorando, de tal forma que na fase terminal ou dialítica da doença renal crônica a quase totalidade dos nefropatas é hipertensa (BORTOLOTTI; PRAXEDES, 2005; KAPLAN, 2002; THURALSINGHAM, 2015).

A HAS causa dano renal por dois processos fisiopatológicos, isquemia e barotrauma. Graças ao mecanismo de autorregulação dos capilares glomerulares, os glomérulos conseguem se proteger do barotrauma e consequente proteinúria. Contudo, com a evolução da doença hipertensiva, começa a ocorrer nefrosclerose devido à isquemia, com consequente perda de néfrons. Com o avançar das perdas, faz-se necessário à vasodilatação das arteríolas aferentes a fim de manter a TFG, o que aumenta a transmissão da pressão arterial para os capilares glomerulares, podendo gerar barotrauma glomerular e consequente proteinúria e glomeruloesclerose (BIDANI *et al.*, 2012).

Diferentemente, a Diabetes Mellitus (DM) envolve um grupo de doenças metabólicas que se caracterizam pela hiperglicemia, que pode ser oriunda de anormalidades na secreção de insulina, na sua ação ou em ambas. A doença está associada a complicações em vários órgãos do organismo, como coração e rins (ADA, 2008).

O Instituto Nacional de Saúde e Excelência Clínica (NICE) recomenda, atualmente, que todas as pessoas com diabetes na Inglaterra e no País de Gales estejam com seus exames renais, incluindo os testes para albuminúria, em dia com o intuito de minimizar custos para a atenção primária (NICE, 2008; NEW *et al.*, 2007).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes, em 2013, o número de brasileiros acometidos pela doença chegava a, aproximadamente, 12 milhões, sendo a grande porcentagem ligada ao sedentarismo e à dieta inadequada. Sabe-se que os fatores de risco correspondentes a menor porcentagem são os genéticos (SARTORELLI; FRANCO, 2003; IDF, 2014).

Os dois tipos de diabetes são o DM tipo I e DM tipo II. No primeiro, as células beta do pâncreas são danificadas, geralmente, por um processo autoimune. No segundo, ocorre alteração na ação ou secreção da insulina, sendo responsável por cerca de 90% dos casos (GROSS *et al.*, 2002).

O diagnóstico do diabetes pode ser detectado por meio de exames mais minuciosos, além da taxa de glicemia e da HA1C (hemoglobina glicada). Nesse conjunto, encontram-se marcadores de autoimunidade e a avaliação da reserva pancreática de insulina através da medida do peptídeo C e da fase rápida de secreção de insulina. Essas opções servem de base para a explicação da origem da doença, assim como detectar o tipo de diabetes (GROSS, 2002). Na doença em questão, a glicemia em jejum é  $\geq 126$  mg/dl; a HA1C,  $\geq 6,5\%$  e a glicemia pós-prandial,  $\geq 200$  mg/dl (MAGALHÃES, 2012).

A doença renal associada ao diabetes ocorre no contexto de hipertensão arterial como condição subjacente, como afirma MCGOVERN *et al.*, (2013) ao dizer em seu estudo que quase todas as pessoas que tinham DM e DRC possuíam HAS, comparados com indivíduos que apresentavam apenas hipertensão sem a doença renal crônica. Os mesmo autores afirmam também que a prevalência da DRC em níveis mais avançados é crescente em indivíduos com hipertensão e diabetes.

Essa síndrome leva a uma série de alterações nas estruturas renais, nefropatia diabética, e que colaboram no processo da DRC. A hipertrofia glomerular, o espessamento da membrana basal glomerular e expansão mesangial acelular culminam na glomeruloesclerose, que marca o processo de lesão renal permanente. Sendo um dos fatores de maior relevância nesse processo, a glicosilação das proteínas, resultante de um processo de hiper-

glicemia crônica, pode fazê-las se acumularem nos tecidos devido à capacidade de ligação com colágeno, levando a lesões teciduais (BAKRIS, 2013).

Frente a esses importantes fatores de risco para injúria renal, é preciso utilizar marcadores que a detectem precocemente. A elevação dos níveis séricos de creatinina e a presença de proteinúria no exame de urina tipo I são os melhores preditores para a doença renal, sendo este último o indicador mais sensível, mas que pode falhar na detecção de estados precoces de DRC (CROOK *et al.*, 2002).

A excreção de albumina na urina apresenta-se como importante marcador precoce de lesão renal, especialmente na presença de DM, HAS e doença glomerular. Não é necessário sua aferição em uma amostra de urina coletada em 24 horas para quantificar de forma precisa o nível de excreção, podendo ser usado a nível de “screening” as amostras de urina de preferência matinal, sendo realizado a análise com o dipstick específico para albumina ou a relação albumina/creatinina na amostra (K/DOQI, 2002).

A importância da excreção da albumina está principalmente nos pacientes com fatores de risco, em especial a DM, sendo recomendada a pesquisa deste marcador mesmo quando não houver detecção de proteinúria pelo exame de urina tipo I, sendo então uma ferramenta importante para a detecção precoce da DRC e seu tratamento (LEVEY *et al.*, 2003).

Diante de duas doenças de alta prevalência na população brasileira como a DM e HAS, que trazem implicações severas de forma insidiosa, em particular a nível renal, torna-se importante o cuidado e a avaliação precoce desses fatores de risco nesse grupo de pacientes, especialmente ao nível da atenção primária no SUS, a qual seria responsável por identificar precocemente a injúria

renal e iniciar os seus cuidados, a fim de evitar o crescimento cada vez maior do número de pacientes portadores de DRC.

No início da década passada, estimava-se que haveria cerca de 2 milhões de pessoas em TRS em todo o mundo em 2010, sendo que esse número tem aumentado de forma expressiva nos países em desenvolvimento. Aproximadamente 90% dos casos diagnosticados de DRCT ao redor do mundo são provenientes dos países em desenvolvimento. A taxa de prevalência de pacientes em TRS é de 1.000 pacientes por milhão de pessoa (pmp) em países da Europa, no Chile e Uruguai, e de 1.750 pacientes pmp nos EUA (XUE, 2001; SARAN *et al.*, 2014).

De acordo com dados do Censo Brasileiro de Diálise referente a julho de 2013, a situação dos centros de diálise e dos pacientes em tratamento dialítico de manutenção no Brasil, estão cadastradas na Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) 703 unidades de diálise no país, sendo 658 unidades ativas com programa crônico, porém, destas, apenas 334 (50,8%) responderam o formulário, no total de 50.961 pacientes. Foi estimado um total de 100.397 pacientes em tratamento dialítico por ano. A maior porcentagem (84%) em diálise realizam o tratamento através do Sistema Único de Saúde. A taxa de prevalência de tratamento dialítico foi de 499 pacientes por milhão da população. 90,8% dos pacientes em diálise crônica faziam tratamento por hemodiálise e 9,2% por diálise peritoneal, sendo que, desta, a diálise peritoneal automatizada (DPA) era a modalidade predominante. O maior percentual de pacientes em diálise (62,6%) tem idade entre 19 a 64 anos e 58% dos pacientes eram do sexo masculino.

O acometimento renal pelo diabetes responde por 40% dos casos incidentes de diálise nos Estados Unidos, e no Brasil compete com a hipertensão, acometendo 30% dos pacientes que iniciam tratamento dialítico. Estes pacientes sofrem um risco

adicional de morte de 20% no primeiro ano de diálise, principalmente por causas cardiovasculares. Em outras palavras, cerca de 30% dos pacientes com diabetes desenvolvem nefropatia diabética, especialmente em associação com hipertensão. A DRC é um importante determinante de desfechos adversos em pacientes hipertensos e diabéticos, sendo, atualmente, considerada um dos mais significativos fatores não tradicionais de risco cardiovascular.

O conhecimento do impacto dos fatores de risco na doença renal crônica dá subsídio para ações de prevenção da doença e promoção da saúde daqueles que já convivem com a mesma, evitando o seu agravamento. A partir de então, se torna possível implementar medidas preventivas com a finalidade de diminuição de casos de DRC em todo país.

Os objetivos deste capítulo são descrever o impacto da hipertensão arterial e do diabetes mellitus na DRC, assim como relacioná-los como fatores de risco para doença renal crônica, e ainda revisar a literatura, a fim de identificar as melhores evidências disponíveis.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma revisão baseada nos dados da literatura, principalmente nos Registros Brasileiros de Diálise e DRC e nas Diretrizes Nacionais (SBN) e Internacionais (K/DOQI) das doenças renais.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Contextualizada a influência de hipertensão arterial sistêmica e diabetes com fatores de risco importantes para doença renal crônica e, tendo em vista o aumento na incidência da

doença, despontaram ações no mundo para a sua prevenção. O Dia Mundial do Rim (DMR) tem como objetivo aumentar a conscientização sobre a importância dos nossos rins a nossa saúde em geral e reduzir a frequência e o impacto da doença renal seus problemas de saúde associados em todo o mundo (ISN, 2015).

A ação de 2015 manteve o foco em alertar a população com relação a adoção de hábitos saudáveis, ingestão de água, mudança de estilo de vida e autocuidado das doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e obesidade (DMR, 2015).

A Universidade Estadual do Ceará em unidade com outras duas universidades, Universidade Federal do Ceará e Universidade de Fortaleza, potencializou o DMR na cidade de Fortaleza, CE, realizando ações de promoção e educação em saúde e de prevenção da doença renal. Tratou-se de uma ação conjunta de graduandos em medicina da Universidade Estadual do Ceará e de profissionais médicos e enfermeiros. Os aspectos éticos foram respeitados.

Um “stand” foi montado em uma praça pública no centro da cidade, tendo sido visitado por 220 indivíduos. A visita ocorria em seis estações. Na primeira, eram coletados dados de identificação geral e anamnese voltada para doenças renais. Na segunda, foram realizadas medidas antropométricas. Na terceira, ocorreu a aferição da pressão arterial sistêmica. Na quarta estação foi realizada a medição da glicemia capilar. Na quinta, realizou-se um teste rápido de urina pra identificar a presença de proteinúria ou hematuria. Na última estação, com a posse de todos os dados obtidos nas estações anteriores, foi realizada uma revisão e discussão dos achados, assim como uma entrevista com a pessoa analisada na busca de entender possíveis alterações encontradas

e encaminhar para o serviço competente no caso de encontradas alterações.

Foram coletados dados através de um questionário estruturado. Realizou-se exame físico simplificado investigando antecedentes patológicos pessoais e familiares, aferindo Pressão Arterial (PA), verificando peso, altura, circunferência abdominal, índice cintura-quadril, IMC e realizando o teste rápido de glicemia.

Obteve-se que do total, mais da metade eram homens (53,94%), possuíam idade média de 58,15 anos (DP±14,03). A hipertensão esteve presente em 43,64% dos visitantes, e destes, 58,33% apresentaram PA elevada. O diabetes também teve destaque com 15,76% dos visitantes que afirmaram ser diabéticos, conferindo que destes, 38,46% estavam com glicemia capilar aleatória (GCA) elevada. No geral, 15,95% apresentaram GCA >140mg/dl, sendo que 61,54% disseram não ser diabéticos ou desconheciam. 13,3% referiram doença cardíaca e 5,45% Infarto Agudo do Miocárdio. 21,82% tinham história de doença renal, 20% de drogas nefrotóxicas, 23,64% história familiar de doença renal, 22,09% IMC>30,0kg/m<sup>2</sup>, 69,51% circunferência abdominal aumentada. Com relação ao Índice Cintura-Quadril, 90,18% enquadrrou-se no grupo de moderado e alto.

Segundo a *World Health Organization* (2005), as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são responsáveis por cerca de 60% das causas de mortes em todo mundo, afetando cerca de 35 milhões de pessoas por ano e, para a próxima década, espera-se que haja um aumento de 17% na mortalidade causada pelas DCNT. Dentre os principais tipos de DCNT, a doença cardiovascular (DCV) é a que tem o maior impacto epidemiológico, sendo responsável por cerca de 30% de todas as mortes no mundo.

É essencial agir na prevenção, tratando e controlando os fatores de risco modificáveis: diabetes, hipertensão, dislipidemia, obesidade, doença cardiovascular e tabagismo, cujo controle e tratamento devem estar de acordo com as normatizações e orientações do Ministério da Saúde. Em relação ao uso de medicamentos, deve-se orientar que o uso crônico de qualquer tipo de medicação deve ser realizado apenas com orientação médica e deve-se ter cuidado específico com agentes com efeito reconhecidamente nefrotóxico (BRASIL, 2014a).

O modelo da vigilância em saúde contempla o processo saúde/doença na coletividade e fundamenta-se na epidemiologia e nas ciências sociais. A vigilância em saúde permite orientar intervenções visando ao “controle de danos”, “controle de riscos” e “controle de causas” (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

Todas as práticas de saúde orientadas para os modos de andar a vida, melhorando as condições de existência das pessoas e coletividades demarcam intervenção e possibilidades às transformações nos modos de viver, trabalham com promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, ações de reabilitação psicossocial e proteção da cidadania, entre outras práticas de proteção e recuperação da saúde (CARVALHO; CECCIN, 2006).

Como o encontrado na ação do DMR em Fortaleza, foi verificada alta prevalência de fatores de risco para DRC entre os entrevistados, elevadas porcentagens de indivíduos diabéticos e hipertensos com glicemia e PA não controlados no momento do exame. Demonstrando que diabetes e hipertensão, apesar de serem alvo da prevenção primária da DRC e foco de ações de promoção, prevenção e educação em saúde permanecem não controlados. Ações mais efetivas e de amplo alcance devem ser implementadas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hipertensão arterial sistêmica e o diabetes são, portanto, fatores de risco e promotores de progressão da doença renal. A identificação, principalmente, desses fatores pode sugerir intervenções preventivas em pacientes que poderiam evoluir pra doença renal crônica, assim como naqueles que já possuem algum grau de insuficiência renal, retardando a perda de função renal. Com isso, vê-se a importância da identificação dos fatores de risco para um diagnóstico precoce de insuficiência renal e o acompanhamento adequado de doenças que podem evoluir com insuficiência renal.

Recomenda-se adoção de medidas efetivas de vigilância, prevenção, tratamento e controle para pacientes de risco, impactando no diagnóstico precoce, diminuição do comprometimento renal, utilização de TRS e, no caso de pacientes crônicos, na sua sobrevivência.

A diálise afeta drasticamente a qualidade de vida dos pacientes. A descoberta da necessidade de tratamento dialítico inicialmente produz sentimentos de negação, medo e angústia e a evolução da doença altera na rotina do paciente renal crônico e estão relacionadas à limitação física, cognitiva e social do indivíduo. Além disso, sentimento de insegurança e dependência são muitas vezes vivenciados pelos portadores de DRC.

Nesse contexto, a fundamentação científica, a competência técnica e a excelência do tratamento, embora fundamental, não bastam. São necessárias adaptações na rotina de vida do paciente, garantir que o paciente tenha acesso à informação de qualidade sobre a sua doença e o seu estado, a participação ativa da equipe de saúde multidisciplinar, o apoio familiar consistente e suporte emocional e espiritual são fundamentais para que o tratamento seja bem sucedido e humanizado.

Diante de duas doenças de alta prevalência na população brasileira como o DM e HAS, que trazem implicações severas de forma insidiosa, em particular a nível renal, torna-se importante o cuidado e a avaliação precoce desses fatores de risco, a fim de evitar o crescimento cada vez maior do número de pacientes portadores de DRC.

## REFERÊNCIAS

ADA, American Diabetes Association. **Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus**. Diabetes Care, vol. 31, supl. 1, p. 55-60, jan. 2008. Disponível em: <[http://care.diabetesjournals.org/content/31/Supplement\\_1/S55.short#](http://care.diabetesjournals.org/content/31/Supplement_1/S55.short#)>. Acessado em: 04/05/14.

BAKRIS, G.L. **Overview of diabetic nephropathy**. 2013. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/overview-of-diabetic-nephropathy> Uptodate. Acessado em: 05/05/14.

BASTOS, M.G.; KIRSZTAJN, G.M. Marcus Gomes BASTOS, Rachel Bregman, Gianna Mastroianni Kirsztajn. **Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável**. Revista da Associação Médica Brasileira 2010; 56(2): 248-53. 2010.

BASTOS, M.G.; KIRSZTAJN, G.M., **Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise**. Jornal Brasileiro Nefrologia; 2011;33(1):93-108. 2011.

BIDANI, A.K.; GRIFFIN, K.A.; EPSTEIN, M. **Hypertension and Chronic Kidney Disease Progression: Why the Suboptimal Outcomes?** The American Journal of Medicine. Vol 125. No 11. 2012.

BORTOLOTTO, L.A.; PRAXEDES, J.N. **Hipertensão secundária**. In: Nobre F, Serrano Jr C, eds. Tratado de cardiologia da Socesp. Barueri: Manole. p. 486-505. 2005.

BRASIL, 2009. **Portaria GM/MS Nº 2.600, de 31 de outubro de 2009**. Aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes. Brasília, 2009. Disponível em: [[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2600\\_21\\_10\\_2009.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2600_21_10_2009.html)]. Acessado em: 30/07/15.

BRASIL, 2012. **Sociedade Brasileira de Nefrologia. Censo de diálise 2012**. Disponível em: [<http://www.sbn.org.br/pdf/publico2012.pdf>]. Acessado em: 25/07/15.

BRASIL, 2014a. Ministério da Saúde. **Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde., 2014.

BRASIL, 2014b. **Sociedade Brasileira de Hipertensão**. Campanha 2014. Disponível em: <http://www.sbh.org.br/geral/acampanha.asp>. Acessado em: 04/05/15.

BRASIL, 2015. Sociedade Brasileira de Nefrologia. Hemodiálise. Disponível em: [<http://www.sbn.org.br/publico/hemodialise>]. Acessado em: 30/07/15.

CARVALHO, Y.M.; CECCIM, R.B. **Formação e Educação em Saúde: aprendizados com a Saúde Coletiva**. 2008. Disponível em: [http://lms.ead1.com.br/upload/biblioteca/modulo\\_3658/EZIF5GLMKV.pdf](http://lms.ead1.com.br/upload/biblioteca/modulo_3658/EZIF5GLMKV.pdf). Acessado em: 29/07/15.

CROOK, E.D.; WASHINGTON, D.O.; FLACK, J.M. **Screening and Prevention of Chronic Kidney Disease**. Journal of the National Medical Association. vol. 94, no. 8 (suppl). ,2002.

DMR, **Dia Mundial do Rim**. Disponível em: . <http://diamundialdorim.com.br/o-que-e.php>. Acessado em: 15/07/15.

GROSS, J.L.; SILVEIRO, S.P.; CAMARGO, J.L.; REICHELT, A.J.; AZEVEDO, M.J. **Diabetes Mellito: Diagnóstico, Classificação e Avaliação do Controle Glicêmico.** Arquivos Brasileiros de Endocrinologia Metabólica, vol. 46, n. 1, p. 16-26, fev. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v46n1/a04v46n1.pdf>>. Acessado em: 04/05/15.

IDF, International Diabetes Federation. **Risk Factors.** 2014. Disponível em: <<http://www.idf.org/about-diabetes/risk-factors>>. Acessado em: 05 de maio de 2015.

ISN, International Society of Nephrology. **World Kidney Day (WKD).** Disponível em: <http://www.theisn.org/initiatives/world-kidney-day>. Acessado em: 15/07/15.

K/DOQI. **Clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification.** American Journal Kidney Disease. 2002;39 (Suppl 2):S1-S246. 2002.

KAPLAN, N.M. **Clinical hypertension.** 8th ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 2002.

LEVEY, A.S.; CORESH, J.; BALK, E.; KAUSZ, A.T.; LEVIN, A.; STEFES, M.W.; HOGG, R.J.; PERRONE, R.D.; LAU, J.; EKNOYAN, G. **National Kidney Foundation Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification, and Stratification** NKF. **Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification.** Annals Internal Medicine. 139:137-147. 2003.

MAGALHÃES, G.L.; MUNDIM, A.V.; OLIVEIRA, C.M.; MOURÃO-JUNIOR, C.A. Atualização dos critérios diagnósticos para Diabetes Mellitus utilizando a A1C. HU Revista, vol.37, n.3, p.361-367. Juiz de Fora. Jul./set. 2012. Disponível em: <http://hurevista.uff.emnuvens.com.br/hurevista/article/viewfile/1651/576>. Acessado em: 04/05/15.

MCGOVERN, ET AL.,. BMC A.P.; RUSHOLME, B.; JONES, S.; VLYMEN, J.N.; LIYANAGE, H.; GALLAGHER, H.; TOMSON, C.R.V.; KHUNTI, K.; HARRIS, K.; LUSIGNAN, S. **Association of chronic kidney disease (CKD) and failure to monitor renal func-**

**tion with adverse outcomes in people with diabetes: a primary care cohort study.** *Bio Med Central Nephrology*, 14:198. *Nephrology* 2013, 14:198. doi: 10.1186/1471-2369-14-198. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2369/14/198>. Acessado em: 03/05/15.

NICE, National Institute for Health and Clinical Excellence. **Early identification and management of chronic kidney disease in adults in primary and secondary care.** London. 2008.

NEW, J.P.; MIDDLETON, R.J.; KLEBE, B.; FARMER, C.K.; de LUSIGNAN, S.; STEVENS, P.E.; O'DONOGHUE, D.J. *et al.*; **Assessing the prevalence, monitoring and management of chronic kidney disease in patients with diabetes compared with those without diabetes in general practice.** *Diabet Med* 2007, 24:364–369.

PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N. **Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas?** *Revista Saúde Pública*, 32 (4): 299-316. 1998.

SARAN, R.; LI Y., ROBINSON B. *et al.*,. US Renal Data System. **Annual data report: epidemiology of kidney disease in the United States.** *Am Journal Kidney Disease*. 2015;66(1). (suppl 1):S1-S306.2014. SESSO, R.; GORDON, P. Dados disponíveis sobre a Doença Renal Crônica no Brasil. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, vol.29, no 1(supl. 1), mar., p. 09-12. 2007.

USRDS, United States Renal Data System. 2010. **Annual Data Report.** National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, Bethesda, MD, 2010.

SARTORELLI, D.S.; FRANCO, L.J. **Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional.** *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 19, supl. 1, p. 29-36, Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v19s1/a04v19s1.pdf>>. Acessado em: 04/05/15.

THURALSINGHAM, R. **Management of hypertension in renal disease.** *Medicine* Volume 43, Issue 7, July 2015, Pages 417–418.

UNIFESP, Universidade Federal de São Paulo. **Fatores de risco. 2004.** Disponível em: <http://www.unifesp.br/denf/NIEn/CARDIODITE/hiperten.htm>. Acessado em: 04/05/15.

WHO, World Health Organization. 2008-2013. **Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases.** WHO Global Report, 2005.

XUE, J.L.; MA, J.Z.; LUIS, T.A.; COLLINS, A.J. **Forecast of the number of patients with end-stage renal disease in the US to year 2010.** Journal of the American Society of Nephrology. Dec;12 (12):2753-8. 2001.

## CAPÍTULO 2

# MIOCARDIOPATIA PUERPERAL E O CUIDADO EM SITUAÇÃO DE ADOCIMENTO: EXPERIÊNCIA E REVISÃO INTEGRATIVA

Tamires Layane de Lima

Maria José Melo Ramos Lima

Pedro Braga Neto

A gravidez é um evento fisiológico que faz parte da vida de um grande número de mulheres. É uma fase de profundas alterações, no âmbito social, psicológico e físico da gestante. Toda gravidez, no entanto, apresenta um risco potencial à saúde da gestante, por ser um dos momentos de maior sobrecarga cardíaca na vida da mãe (GAMA PINTO *et al.*, 2007).

Segundo Custódio *et al.* (2008), dentre as diversas modificações hemodinâmicas esperadas durante a gestação, pode-se citar: o aumento do volume sanguíneo, a queda da pressão arterial e resistência vascular sistêmica e o aumento na frequência cardíaca e débito cardíaco. Além disso, durante o trabalho de parto e puerpério, ocorrem aumento adicional do débito cardíaco e da pressão arterial, principalmente relacionado às contrações uterinas.

Entretanto, algumas das alterações podem ocorrer menos usuais. Dentre as mais raras, tem-se a miocardiopatia periparto (MCPP) que é uma doença de etiologia desconhecida, com maior

incidência em mulheres de raça negra, múltíparas e com idade superior a 30 anos. Caracteriza-se pela presença de insuficiência cardíaca (IC) materna, no último mês de gestação ou até cinco meses após o parto, com disfunção ventricular sistólica esquerda, na ausência de outras causas de insuficiência cardíaca e em mulheres previamente saudáveis (GAMA PINTO *et. al.*, 2007).

Já Sliwa e Bohm (2014), trazem como definição que a cardiomiopatia puerperal é uma doença do miocárdio associada à gravidez com significativa morbidade e mortalidade. Uma declaração Européia recente da Sociedade de Cardiologia do Grupo de Trabalho sobre cardiomiopatias periparto definiu a doença como uma “cardiomiopatia idiopática apresentada com insuficiência cardíaca secundária à disfunção sistólica do VE no final da gravidez ou nos meses após o parto, quando não há nenhuma outra causa de insuficiência cardíaca”, e esta pode ser difícil de distinguir de outras formas de cardiomiopatia, tais como familiar ou cardiomiopatia dilatada idiopática, préexistente que geralmente se apresenta pré-parto no segundo ou terceiro trimestre, e são semelhantes às de outras formas de insuficiência cardíaca, definição esta que é também citada por Huisman *et. al.* em seu estudo de coorte realizado em 2013.

A Sociedade Europeia de Cardiologia de Trabalho de Grupo em cardiomiopatia periparto recentemente expandiu a definição para “uma cardiomiopatia idiopática apresenta com IC secundária a disfunção sistólica do ventrículo esquerdo no final da gravidez ou nos meses após o parto, em que nenhuma outra causa é encontrada, sendo que os fatores de risco atualmente aceites associado com o desenvolvimento da cardiomiopatia puerperalincluem idade materna avançada, Africano-Americano raça, hipertensão crônica, pré-eclâmpsia, gestações múltiplas e uso prolongado de tocolíticos” (KOLTE *et. al.*, 2014).

A insuficiência cardíaca resulta de um defeito de contração e/ou de uma disfunção no enchimento das cavidades cardíacas. Assim, existe a insuficiência quando o coração não pode se esvaziar corretamente devido a um déficit de contração ou quando o órgão não pode se encher corretamente. Frequentemente, as doenças que resultam em insuficiência cardíaca acontecem no próprio músculo cardíaco. Outros problemas podem ter consequências análogas, como as doenças do pericárdio e as doenças das valvas (ISNARD; KOMAJDA, 2009).

O diagnóstico é estabelecido através de exames complementares, com destaque para o RX de tórax, eletrocardiograma (ECG) e ecocardiograma (ECO). Já a terapêutica farmacológica consiste no suporte inotrópico, redução da pré e pós-carga cardíaca e anticoagulação, estando à terapêutica cirúrgica, com transplante cardíaco, reservada para casos graves e refratários à terapêutica médica (GAMA PINTO *et. al.*, 2007).

Segundo Huisman *et. al.* (2013), a doença cardiovascular complica aproximadamente 1-3% de gravidezes e é responsável por 10 a 15% da mortalidade materna. No Reino Unido identificaram que as doenças cardiovasculares são cada vez mais uma causa importante de morte materna indireta. Nos dois últimos triênios terminando em 2005 e 2008, a doença cardíaca foi à causa mais frequente e indireta de morte materna com uma taxa de mortalidade materna de 2,27 e 2,31 por 100.000 maternidades, respectivamente. A mortalidade materna por doenças cardíacas adquiridas (AHD) aumentou de 3,8 por milhão em 1996 para 21,8 por milhão de maternidades em 2008. Na Holanda, a doença cardiovascular foi a principal causa da mortalidade materna indireta (1,6 por 100.000 nascidos vivos) entre 1993 e 2005, e aumentou significativamente em comparação e 1983 a 1992, quando era a segunda causa mais frequente (0,6 por 100.000 nascidos vivos), após doenças cerebrovasculares.

O prognóstico depende da recuperação da função ventricular esquerda, ao final de seis meses, apresentando uma taxa de mortalidade materna que pode atingir os 50%. Em casos de persistência de disfunção cardíaca, gestações futuras não são recomendadas. Não é surpresa a recomendação de alguns especialistas que, além de contraindicar uma nova gravidez, sugeriram o término, já que o risco materno de óbito pode variar de 8% a 35% (CUSTÓDIO *et. al.*, 2008).

Huisman *et. al.* (2013) também relata que quando ocorrem os óbitos maternos indiretos, estes são resultantes de uma doença ou doença preexistente que se desenvolve durante a gravidez, não devido a causas obstétricas diretas, mas que é agravada pelos efeitos fisiológicos da gravidez. Ao olhar para todas as causas de mortalidade materna, a doença cardiovascular aumentou da quarta para a segunda causa mais frequente após a pré-eclâmpsia.

Para detectar as manifestações da MCPP e consequentemente tratá-la de modo correto, são necessários que se conheçam os fatores que levam uma gestante a desenvolver esta patologia com prognóstico sombrio. O alto índice de óbitos de gestantes e parturientes relatadas na literatura vigente e as experiências vividas por nós enquanto profissionais assistenciais em unidades de terapia intensiva coronarianas, desperta cada vez mais o interesse de conhecer mais sobre essa patologia tão pouco explorada e ao mesmo tempo tão grave.

Justifica-se, então, a realização desta pesquisa pela necessidade de que sejam desenvolvidos mais estudos sobre essa temática, se revela uma escassez de estudos que aprofundem e que abordem esse assunto na dimensão que essa patologia alcança em um momento que deveria ser único e feliz na vida da mulher.

Essa percepção despertou em nós o interesse em desenvolver um estudo que levantasse informações sobre essa doença tão temida e tão pouco conhecida.

Realizamos este estudo com o intuito de revisar os conhecimentos a respeito da miocardiopatia puerperal e seus fatores associados, contribuindo assim, para uma assistência de qualidade aos pacientes cardiopatas em unidades de terapias intensivas, assim como, proporcionarem uma maior realização enquanto profissional da saúde.

Foram objetivos do estudo: conhecer a incidência e os fatores predisponentes para o desenvolvimento da miocardiopatia puerperal; enumerar os principais sinais e sintomas da miocardiopatia puerperal associada à insuficiência cardíaca e identificar os fatores de risco associados ao desenvolvimento da MCPP.

A metodologia adotada foi a pesquisa bibliográfica para a construção de um artigo de revisão integrativa da literatura que é definida como uma revisão em que conclusões de estudos anteriores são sumarizadas, de maneira sistemática, a fim de que se formulem inferências sobre um tópico específico e, assim, atender aos objetivos propostos (SOUSA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Para esta revisão utilizamos leitura sistemática de alguns estudos a fim de definir as categorias necessárias ao aprofundamento e discussão acerca da miocardiopatia puerperal associada à insuficiência cardíaca.

Esse tipo de revisão obedece a seis etapas. são elas: 1) elaboração da pergunta norteadora; 2) busca na literatura; 3) coleta de dados; 4) análise crítica dos estudos incluídos; 5) discussão dos resultados e 6) apresentação da revisão integrativa. (SOUSA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Para iniciar este estudo, partiu-se da seguinte questão norteadora: Nos últimos 15 anos, como alguns estudos realizados contemplam a etiologia e desenvolvimento da miocardiopatia puerperal?

Após esse questionamento ter sido formado, realizamos uma busca nas bases de dados do sítio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) — BIREME: LILACS (Literatura Latino-Americano e do Caribe, em Ciências da Saúde) e SCIELO (*Scientific Electronic Library Online*), utilizando nos DeCS (Descritores específicos das Ciências da Saúde), utilizando as palavras-chave: miocardiopatia periparto: cardiomiopatia e período pós-parto, e acrescentamos artigos para título de comparação aos artigos nacionais encontrados após busca no Pubmed, recurso de livre acesso que é desenvolvido e mantido pela NCBI, na NLM (*U.S. National Library of Medicine*), localizado na *National Institutes of Health* (NIH), onde foram usadas as palavras-chave: *peripartum e cardiomyopathy*. Então, foram selecionados alguns artigos publicados nos últimos 15 anos, na íntegra, nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola, todos artigos disponíveis em meio eletrônico.

Foram utilizados os seguintes critérios de exclusão: artigos publicados há mais do que 15 anos; artigos publicados em outras línguas que não a portuguesa, inglesa e espanhola e artigos que não seguiam a temática proposta pelas palavras-chave.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A busca nas bases de dados recuperou nove artigos. Desses, quatro na língua portuguesa, quatro na língua inglesa e um em espanhol, todos da autoria de médicos intensivistas, cardiologistas e residentes de unidades coronarianas.

Em relação ao delineamento dos estudos analisados, encontramos estudos não experimentais e experimentais, distribuídos em descritivos sendo um ensaio clínico, duas coortes, três revisões de literatura e três casos clínicos ou relatos de caso. Dos artigos analisados, o ensaio clínico, uma revisão de literatura e dois dos casos clínicos ou relatos de caso estão na língua portuguesa, duas revisões de literatura e os dois estudos de coorte estão na língua inglesa, e um caso clínico está na língua espanhola.

Após a seleção dos artigos, os mesmos foram organizados em quadros, contendo a síntese dos artigos que foram utilizados, contemplando os seguintes aspectos considerados pertinentes: nome da pesquisa, nome dos autores, objetivos e/ou resultados e conclusões.

A apresentação dos resultados e discussão dos dados obtidos foi feita de forma descritiva, possibilitando ao leitor a avaliação da aplicabilidade da revisão integrativa elaborada, de forma a atingir o objetivo desse método, ou seja, conhecer de forma prática e científica a miocardiopatia periparto positivamente na qualidade da prática e assistência ao paciente.

**QUADRO 1. Apresentação da síntese de artigos incluídos na revisão integrativa**

NOME DO ARTIGO	AUTORES	OBJETIVOS/ RESULTADOS	CONCLUSÕES
<p>Características Clínicas associadas à evolução desfavorável na Miocardiopatia Periparto</p>	<p>Moreira, C.C. Zanati, S.G. Medeiros, V.T.B. Guimarães, C. Simões, E.F. Matsubara, B.B.</p>	<p>Avaliar as características clínicas de miocardiopatia periparto e verificar as características associadas à evolução desfavorável. Tratou-se de um ensaio clínico com 12 pacientes, no qual apenas 50% dos casos apresentaram evolução favorável depois de instituída uma terapia medicamentosa. Levando em consideração sua evolução clínica após o diagnóstico, achados de exames complementares, assim como, dados obstétricos e sociais.</p>	<p>Pacientes com miocardiopatia periparto prévia apresentam evolução desfavorável associada à raça negra e alterações cardíacas iniciais mais acentuadas e a evolução favorável está associada à redução da massa cardíaca e aumento da espessura relativa da parede ventricular.</p>

**QUADRO 2:**

NOME DO ARTIGO	AUTORES	OBJETIVOS/ RESULTADOS	CONCLUSÕES
Cardiomiopatia Periparto	Feitosa, H.N. Moreira, J.L.C. Diógenes, I.M.S. Vieira, M.F. Eleutério, F.J.C.	Revisar a etiologia, epidemiologia, diagnóstico, evolução clínica, tratamento e prognóstico da cardiomiopatia periparto. Apresenta etiologia desconhecida, diagnóstico estabelecido através de exames complementares, alterações na contratilidade ventricular, tratamento medicamentoso para IC.	Mulheres com CMPP devem ser aconselhadas quanto ao risco de uma futura gravidez e alertadas a possibilidade de recorrência da doença. Pacientes com história prévia que desejam engravidar devem ser encaminhadas a centros terciários de assistência perinatal e pacientes cuja função e tamanho do ventrículo esquerdo não voltaram ao normal devem ser desencorajadas de engravidar.

**QUADRO 3:**

<b>NOME DO ARTIGO</b>	<b>AUTORES</b>	<b>OBJETIVOS/ RESULTADOS</b>	<b>CONCLUSÕES</b>
Peripartum Cardiomyopathy	Rodríguez- González, M.A. Medina-Ruiz, A	É uma revisão do crescimento atual da etiologia, Diagnóstico, tratamento e prognóstico da CMP; apresentando a necessidade de mais pesquisas. O estudo relata o National Heart Lung e Instituto do sangue e do es- critório de doenças raras dos institutosnacionais de saúde, que realizaram uma revisão multidisciplinar do conhecimento existente sobre CMP e desenvolveu recomendações para futuras pesquisas e educação.	Enfatiza a associação da cardiomiopatia periparto com prolongado a exposição à materna terapia tocolítica. Concluíram o aconselhamento contra gestações subseqüentes por medo de uma incapacidade de tolerar a carga de trabalho Cardiovascular. O risco de lesão cardíaca irreversível pode aumentar com cada gravidez, portanto gestações subseqüentes devem ser evitadas e se isso não for possível eles devem ser gerenciados em um centro de alto risco perinatal.

**QUADRO 4:**

NOME DO ARTIGO	AUTORES	OBJETIVOS/ RESULTADOS	CONCLUSÕES
<p>Miocardiopatia Periparto, Patologia Infrecuente de Difícil Diagnostico</p>	<p>Candia, J.P. Suazo R.P.</p>	<p>Um caso de Cardiomiopatia periparto em uma paciente de 17 anos com trabalho de parto prematuro e ruptura espontânea de membranas, parto vaginal, com quadro de hipotensão, taquicardia e congestão pulmonar. Um quadro complicado, que associou terapia farmacológica e conversão elétrica. A função ventricular do paciente recuperou, mas este ficou apresentando síncope, arritmias e o tratamento constou de antiarrítmicos após a alta hospitalar.</p>	<p>Concluiu-se que uma doença rara contribui para um diagnóstico difícil. Este relato de caso nos trás complicações difícil de manusear. Os exames complementares são de grande importância para diagnóstico definitivo. A literatura atual dá especial significado ao prognóstico e recuperação do tamanho do coração e função ventricular esquerda, porém a literatura faz poucas referências aos distúrbios arrítmicos.</p>

**QUADRO 5:**

NOME DO ARTIGO	AUTORES	OBJETIVOS/ RESULTADOS	CONCLUSÕES
Miocardiopatia Periparto	Pinto,G.C. Colaço,J. Maya,M. Aviliez,T. Casal,E. Hermida,M.	Caso clínico de uma paciente raça negra, 33anos, sem história de alterações cardíacas. Revisão literária da temática onde verificamos fatores de risco associados, a recuperação total da função ventricular, aofinal de 11 dias pós-parto, que assegura uma taxa de recorrência baixa, mantendo-se, viável a Ideia de futuras gestações nesta mulher.	A MCPP é uma doença rara, de etiologia ainda por esclarecer, característica da idade fértil da mulher, uma vez que estabelecido logo um diagnóstico e imediata instituição da terapêutica médica, otimiza o prognóstico.

**QUADRO 6:**

<b>NOME DO ARTIGO</b>	<b>AUTORES</b>	<b>OBJETIVOS/ RESULTADOS</b>	<b>CONCLUSÕES</b>
Cardiomiopatia Periparto	Cassano,A.C. Botner,L.E. Gouvea,E.L.S. Hammad,S.	Um relato de caso de uma primigesta, 19 anos, sem antecedentes de cardiomiopatias, que após cesariana, iniciou quadro de dispneia, cansaço e edema de MMII, após internação e terapia medicamentosa oral e endovenosa, exames de controle constataram melhora do quadro, função ventricular com déficit moderado e alta hospitalar com suporte medicamentoso domiciliar.	Apesar da aparente recuperação do tamanho do coração e estado hemodinâmico, a paciente que se recupera têm reserva cardíaca contrátil diminuída, assim, o ventrículo esquerdo pode responder ao estresse hemodinâmico, levando à precaução e ao não aconselhamento das futuras gestações, mesmo que a função basal do ventrículo seja normal.

**QUADRO 7:**

<b>NOME DO ARTIGO</b>	<b>AUTORES</b>	<b>OBJETIVOS/ RESULTADOS</b>	<b>CONCLUSÕES</b>
Incidence and prevalence of pregnancy-related heart disease	Karen Sliwa and Michael Bohm	Esta revisão resume o conhecimento atual da incidência e prevalência de doença cardiovascular relacionada com a gravidez em mulheres com pré ou pós-parto.	Dados precisos sobre a incidência de CMP estão poucos disponíveis em registros de base populacional. Estudos recentes sugerem uma grande variação nas incidências. Houve um aumento da conscientização promovido pela Sociedade Europeia de Cardiologia com atividades de grupos específico sobre CMP, e um aumento no número de publicações originais no Pubmed.

**QUADRO 8:**

<b>NOME DO ARTIGO</b>	<b>AUTORES</b>	<b>OBJETIVOS/ RESULTADOS</b>	<b>CONCLUSÕES</b>
Temporal Trends in Incidence and Outcomes of Peripartum Cardiomyopathy in the United States: A Nationwide Population-Based Study	Dhaval Kolte; Sahil Khera; Willbert S. Aronow; Chandrasekar Palaniswamy; Marjan Mujib; Chul Ahn; Diwakar Jain; Alan Gass; Ali Ahmed; Julio A. Panza; Gregg C. Fonarow.	Estudo de coorte observacional e em bases de dados no período de 2004 a 2011, para identificar todas as mulheres com idade entre 15 a 54 anos com o diagnóstico de CMP; as tendências temporais na incidência (por 10 000 nascidos vivos) e os principais eventos adversos maternos.	De 2004 a 2011, a incidência de CMP tem aumentado nos Estados Unidos. As taxas maternas globais mantiveram-se inalterada, enquanto choque cardiogênico, uso de suporte circulatório mecânico e mortalidade intra-hospitalar tem aumentado durante o período do estudo.

**QUADRO 9:**

<b>NOME DO ARTIGO</b>	<b>AUTORES</b>	<b>OBJETIVOS/ RESULTADOS</b>	<b>CONCLUSÕES</b>
Incidence and Predictors of Maternal Cardiovascular Mortality and Severe Morbidity in the Netherlands: A Prospective Cohort Study	Claartje M. Huisman; Joost J. Zwart; Jolien W. Roos-Hesselink; Johannes J. Duvekot; Jos van Roosmalen.	Um estudo de coorte prospectivo realizado em todas as 98 unidades de maternidade na Holanda, num período de dois anos, onde a morbidade cardiovascular foi definida como cardiomiopatia, doença valvular, doença isquêmica cardíaca, arritmias ou dissecação da aorta.	As doenças cardiovasculares na Holanda é uma causa rara de morbidade materna grave com uma incidência de 2,3 por 10.000 mulheres e uma alta letalidade de 13%. As complicações cardiovasculares desenvolvem-se principalmente em mulheres que não sabiam ter doença cardíaca pré-gravidez.

Verificou-se que na literatura, de acordo com a abordagem adotada, que os artigos nos trouxeram o conceito, incidência, etiologia, fatores de risco, apresentação clínica, diagnóstico, tratamento e prognóstico da patologia, porém, quanto à existência ou não de protocolos ou diretrizes assistenciais constatou-se a não existência de uma única literatura que abordasse o tema.

No Quadro 1, temos um ensaio clínico realizado com 12 pacientes levando em consideração variáveis obstétricas e ecocardiográficas, sendo analisado fração de ejeção, volume ejetado durante a sístole e débito cardíaco, mostrando ao final do tratamento evolução desfavoráveis aquelas com dilatação e disfunção ventricular esquerda persistente, e evolução favorável aquelas que cursaram para normalização da função e da morfologia cardíaca com FE >56%, estando esta última, associada à redução da massa miocárdica, que durante a fase aguda da doença ocorre aumento da câmara cardíaca em decorrência da redução da ejeção e aumento súbito do volume residual da cavidade, levando à congestão pulmonar intensa, que causa dispnéia em repouso, um dos sintomas referidos em todos os estudos da pesquisa, e ao aumento da espessura relativa da parede ventricular como mostra o estudo de Moreira *et. al.* (2005).

No estudo de Moreira *et. al.* (2005), mostraram também que das pacientes com evolução desfavorável, um total de seis mulheres, quatro eram de raça negra, enquanto que todas com evolução favorável eram brancas, comprovando a maior incidência nesta raça conforme os outros estudos inclusos nesta pesquisa. Porém divergiu da literatura no que diz respeito a uma maior incidência em múltíparas e com gravidez gemelar, pois no estudo as mulheres eram primigestas ou secundigestas.

Em relação a isto, Gama Pinto *et. al.*, (2007), fala que a miocardiopatia puerperal ocorre em cerca de uma em cada 1300-

1500 gestações apresentando uma incidência superior em mulheres de raça negra, com mais de 30 anos e múltiparas. Além destes três, apontam-se como fatores de risco a gravidez gemelar, o baixo nível socioeconômico e desnutrição, com déficit de selênio na alimentação, história familiar de MCPP, tocolise prolongada com  $\beta$ -agonista ou sulfato de magnésio, HTA, obesidade, tabagismo, alcoolismo e consumo de cocaína. A taxa de mortalidade varia entre os sete e os 50%, atribuindo-se, sobretudo a situações de ICC grave, disritmias e doença tromboembólica.

Quanto ao conceito inerente à cardiomiopatia periparto temos o artigo do Quadro.1 e o artigo do Quadro.5 que dizem ser uma patologia rara, de etiologia desconhecida e caracterizada pela presença de quatro critérios definidos, em 1995, pela Sociedade Americana de Cardiologia: Desenvolvimento de insuficiência cardíaca, no último mês de gravidez ou até cinco meses pós-parto; Diminuição da função sistólica ventricular esquerda; Ausência de cardiopatia prévia; Exclusão de outras causas de IC. Porém Feitosa *et. al.* (2005), fazem referência ainda a mais um critério adicional: Disfunção sistólica do ventrículo esquerdo, demonstrada por critérios ecocardiográficos, com redução da fração de encurtamento ou fração de ejeção, no entanto, Carlos, Timerman e Stefanini (2009), acrescentam ainda que a disfunção sistólica do ventrículo esquerdo se faz demonstrada em critérios ecocardiográficos clássicos como: fração de ejeção  $< 45\%$  e fração de encurtamento  $< 30\%$  ou dimensão diastólica  $> 2,7 \text{ cm/m}^2$ . Ele diz também que é frequente a recuperação da função ventricular e, nesses casos, não há restrição às gestações subsequentes.

No Quadro 5, temos um artigo de Gama Pinto *et. al.* (2007), que diz as possíveis origens, miocardite infecciosa, dada a presença de infiltrado linfocitário em biópsias miocárdica e miocardite autoimune, dada a presença de anticorpos anti-miocárdio

no sangue do cordão umbilical, e Carlos, Timerman e Stefanini (2009), também dizem que as possíveis causas propostas para a cardiomiopatia periparto incluem miocardite, resposta imunológica anormal à gestação, resposta mal adaptada aos estresses hemodinâmicos da gestação, citocinas ativadas e tocolise. Há alguns relatos e doença familiar revelada na gestação. Ele diz que estudos mostram a resposta imunológica ausente durante a gestação, que se pode explicar à maior probabilidade de miocardite. Fala que o estresse hemodinâmico da gravidez também pode ter papel no desenvolvimento da doença. Durante a gestação a pré-carga e o débito cardíaco aumentam e a pós-carga diminui. Como consequência, ocorre diminuição da função do ventrículo esquerdo, até a fase inicial pós-parto.

Há 20 anos a incidência da cardiomiopatia periparto era descrita como sendo 1: 4.000 a 1: 15.000 gestações. O primeiro estudo populacional tratando do assunto concluiu que a incidência nos Estados Unidos foi de 1: 3.189 recém-nascidos vivos. Relatos recentes sugerem incidência de 1: 299 a 1: 1.00 nos países do sul. Sua importância reside na alta taxa de mortalidade, que varia entre 18% e 56%. (CARLOS; TIMERMAN; STEFANINI, 2009).

O artigo de revisão apresentado no Quadro 7, Sliwa e Bohm (2014), traz relatos de que estudos recentes sugerem uma grande variação nas incidências esperadas: um caso para cada 299 nascidos vivos no Haiti; 29,30 casos por 1000 nascidos vivos na África do Sul; 31 casos por 1.149- 4.000 nascidos vivos nos EUA. A razão para esta variação continua pouco clara e poderia estar ligado à sua origem étnica e fatores socioeconômicos, mas isso precisa ser mais bem investigado. Um estudo realizado na EUA por Brar *et. al.* encontraram uma grande diferença na incidência entre os diferentes grupos étnicos, com 1: 1421 em afro-ameri-

canos, 1: 2675 em asiáticos, 1: 4075 em caucasianos, e 1: 9861 em hispânicos. Outro estudo dos EUA foi encontrado que é 15 vezes maior a incidência de CMP em mulheres africano-americanas em comparação com os não afro-americanos. Curiosamente, no ventrículo esquerdo, as taxas de recuperação e sobrevivência dos PPCM em afro-americanos são semelhantes aos relatados de Haiti e África do Sul, mas diferente do que dos caucasianos diagnosticados. A vida socioeconômica pode limitar o acesso à assistência médica oportuna e avançada. No entanto, nos EUA e os estudos Sul-africano, os pacientes tiveram uma taxa semelhante de drogas ideais à terapia, incluindo inibidores da ECA e betabloqueadores, em comparação a outro grupo. O aumento relatado em incidência ao longo do tempo nos EUA tem sido atribuído ao aumento de idade materna, aumento substancial em gestações multifetal devido às técnicas contemporâneas de reprodução e possível aumento do reconhecimento da doença.

O artigo presente no Quadro.6, cita possíveis fatores etiológicos, como resposta imunológica anormal à gravidez, com produção de anticorpos, citocinas ativadas por estresse, deficiência de fatores nutricionais, predisposição genética e resposta mal adaptada ao estresse hemodinâmico da gravidez.

Os dois artigos dos Quadros.4 e 5, acrescentam como propostas à etiologia, a tocolise prolongada e prolongada exposição de mulheres à terapia tocolítica com a terbutalina.

Ferre e Carbonne (2009), dizem que a pressão arterial das mulheres tem tendência a diminuir durante a gravidez, devido ao aumento do volume sanguíneo da mãe: o coração tem mais dificuldade para bombear esse volume maior. Algumas mulheres podem ser hipertensas devido a uma hipertensão arterial preexistente, conhecida e geralmente controlada por medicamentos, ou

a uma hipertensão arterial gravídica. Nesses casos, os mecanismos fisiopatológicos diferem para a mãe e para o feto, podendo ser fator de risco para complicações cardíacas periparto.

Quanto aos fatores de risco para a cardiomiopatia puerperal, quatro artigos relatam a multiparidade, idade materna acima de 30 anos, pré-eclâmpsia, hipertensão gestacional, o baixo nível socioeconômico e desnutrição e raça negra. Porém, Pinto *et. al.* (2007) em seu estudo acrescentou como fatores de risco, a gravidez gemelar, déficit de selênio na alimentação, história familiar de MMCP, obesidade, tabagismo, alcoolismo e consumo de cocaína.

No estudo inglês de Kolte *et. al.* (2014), concluíram que há um aumento na incidência de CMP em mulheres  $\geq 20$  anos de idade, em todos os grupos raciais/étnicas (exceto Hispânicos e asiáticos / Ilhas do Pacífico), e em todos censo regiões nos Estados Unidos, disse ainda que em relação a complicações houve um aumento de choque cardiogênico e uso de suporte circulatório mecânico, e mostrou que estratégias para reduzir a incidência e melhorar os resultados de CMP deve se concentrar em controlar a obesidade, hipertensão, diabetes mellitus, estilo de vida e promovendo modificações em mulheres de grupo idade fértil.

Todos os estudos analisados nesta pesquisa integrativa mostraram sinais e sintomas clínicos de dispneia, fadiga e edema de membros inferiores, sintomas idênticos aos verificados na insuficiência cardíaca, acrescentados à tosse, ortopnéia, hemoptise associada à embolia pulmonar, pressão arterial normal ou diminuída, cardiomegalia e taquicardia, conforme disseram Feitosa *et. al.* (2005). Cassano *et. al.* (2003), incluíram a turgência jugular e a presença de novo sopro de regurgitação e estertores pulmonares e Sliwa e Bohm (2014) citam ainda a hiperreflexia e síndrome HELLP: hemólise, enzimas hepáticas elevadas, baixa contagem de plaquetas.

Os estudos também enfatizaram o ecocardiograma com doppler como exame indispensável e definidor do diagnóstico de cardiomiopatia puerperal. Todos relataram este ser fundamental na identificação da função ventricular e fração de ejeção. Sendo este também um exame de controle após o tratamento para acompanhamento posterior da melhora da função cardíaca, associado à rotina a radiografia de tórax e eletrocardiograma.

Gama Pinto *et. al.* (2007), também relatam a biópsia endomiocárdica, com indicação apenas em casos de miocardiopatia prévia, constatando-se a existência, numa grande percentagem de casos, de infiltrado linfocitário, sem necrose celular; Cateterismo Cardíaco para casos de ICC refratária à terapêutica clássica, sendo habitual a existência de pressões de enchimento ventriculares aumentadas, função sistólica ventricular esquerda diminuída e artérias coronárias sem alterações de significado patológico.

Dois artigos estudados nos forneceram a informação de que o diagnóstico se confirma pela presença de critérios como: Insuficiência cardíaca no último mês da gestação ou dentro dos primeiros cinco meses pós-parto; ausência de lesão cardíaca não preexistente que possa justificar a insuficiência cardíaca; ausência de etiologia para a insuficiência cardíaca antes do último mês da gravidez e ecocardiografia mostrando disfunção sistólica do ventrículo esquerdo.

Gama Pinto *et. al.* (2007), acrescentam como exames complementares de diagnóstico, além de radiografia de tórax com evidência de derrame pleural, ECG com traçados anormais, ecocardiograma com disfunção de ventrículo esquerdo e fração de ejeção < 45%, à biópsia miocárdica, em casos de infiltrado linfocitários sem necrose celular e cateterismo cardíaco para casos de IC refratária à terapêutica clássica.

Carlos, Timerman e Stefanini (2009), referem também que o ECG, o raio-X de tórax e o ecocardiograma são considerados exames fundamentais para o diagnóstico e estratificação da cardiomiopatia periparto, sendo os diagnósticos diferenciais: infarto do miocárdio, sepse, pré-eclâmpsia grave, embolia de líquido amniótico e embolia pulmonar.

Todos os estudos relatam tromboembolismo pulmonar, IC e arritmias como diagnóstico diferencial e complicações maternas à cardiomiopatia puerperal.

Os três estudos em revisão de literatura nos trouxeram uma terapia medicamentosa com o objetivo de diminuir o volume de retorno ao coração (redução da pré-carga), redução da resistência ao bombeamento cardíaco (redução da pós-carga) e aumento da força contrátil do miocárdio (inotropismo), sendo usados fármacos orais como diuréticos (furosemida), digoxina, anlodipina, hidralazina e nitratos, em casos mais graves referem o uso da terapia intravenosa com dobutamina, dopamina e nitroprussiato de sódio. Relatam a terapia anticoagulante com heparina subcutânea que não atravessa a barreira placentária, já que os orais atravessam, a warfarina pode ser usada no pós-parto por ser compatível com a amamentação. Enquanto que dois estudos enfatizam uma terapia não medicamentosa com baixa ingestão de sódio, restrição de líquidos e exercícios físicos moderados.

Feitosa *et. al.* (2005), relatam que as pacientes gravemente acometidas devem ser mantidas em UTI com monitorização invasiva, porém, enfatiza que o repouso no leito deve ser evitado por predispor a trombose venosa profunda, com consequente embolia pulmonar. Eles dizem também que os inibidores da enzima conversora da angiotensina I (ECA) ou bloqueadores do receptor da angiotensina II (captopril, enalapril), devem ser evi-

tados na gravidez por terem efeitos teratogênicos, e que os diuréticos devem ser usados com cautela por causarem desidratação e dizem que o transplante cardíaco pode ser uma opção válida para pacientes com CMPP que não melhoram ou que pioram com o tratamento clínico.

O artigo de Rodríguez-Gonzalez e Medina-Ruiz *et. al.* (2006), relatam que em casos de arritmias, devem ser instituídas medicações antiarrítmicas como a amiodarona e verapamil, estando atento para os efeitos adversos como bradicardia e hipotensão.

Gama Pinto *et. al.* (2007), aconselham em seu estudo a indução de trabalho de parto sempre que não haja resposta à terapêutica médica e de preferência parto vaginal.

Em todos os estudos, se aconselha dar seguimento com ecocardiograma 3 a 6 meses em média 5 meses pós-parto, para reavaliação da função cardíaca.

Em um ensaio clínico, a terapia realizada foi com digitálico, furosemida e inibidor da enzima conversora da angiotensina. Já em um dos casos clínicos, usou digoxina, furosemida, heparina e amiodarona associada à cardioversão tripla para as arritmias. No outro caso clínico, acrescentaram-se inibidores do canal de cálcio para controle da pressão arterial e evidenciou-se que uma evolução favorável esta associada a redução da massa cardíaca e é feita referência ao retorno do tamanho do coração no prazo de até 6 meses com associação ao curso clínico da CMPP. Já nos dois casos clínicos, o prognóstico dá especial significado á recuperação do tamanho do coração e função ventricular esquerda em aproximadamente 50% a 60% das pacientes nos primeiros 6 a 12 meses do início da doença.

Os três estudos em revisão de literatura dizem que dependendo do grau de disfunção do miocárdio, assim como, a persistência da disfunção ventricular por um período superior a seis meses é irreversível.

Feitosa *et. al.* (2005), dizem que a causa de mortes se dá por complicações a insuficiência cardíaca, a arritmias e complicações tromboembólicas. Eles relatam ainda que mulheres com história prévia da doença que desejam engravidar devem ser encaminhadas a centros terciários de assistência perinatal à equipe multidisciplinar.

No estudo de Huisman *et. al.* (2013), ele traz dados que nos faz entender o prognóstico ruim da doença expondo os dados de seu estudo, onde 17 mulheres com cardiomiopatia puerperal, sendo estes, 12 casos pré-parto, com média de início da doença de 34 semanas de gestação, 10 tiveram hipertensão induzida pela gravidez (PIH), pré-eclâmpsia (PE) ou síndrome HELLP, 6 mulheres admitidas à UTI ou CCU foram entubados para ventilação mecânica seguido por cesariana de emergência, 2 mulheres desenvolveram insuficiência cardíaca terminal requerendo terapia ponte para transplante seguido por uma implantável Cardioversor Desfibrilador Implantável (CDI) e transplante. Houveram 2 mortes maternas, as complicações ocorreram após grandes hemorragias obstétricas nestas mulheres. Então, viu-se que a doença cardiovascular é uma causa rara de doença materna grave, porém com uma taxa de fatalidade elevada, onde a maioria dos distúrbios cardíacos na gestação, parto ou puerpério desenvolve em mulheres sem pré-existente de doença cardíaca.

Não se encontrou nenhuma referência específica ao tratamento em pacientes cardiomiopatas puerperas, estando esta sempre associada à insuficiência cardíaca e cardiomiopatia dilatada. Por outro lado, conforme dados já evidenciados nos artigos

estudados, é difícil uma padronização diagnóstica e um prognóstico certo e preciso, portanto, pode-se considerar que, estudos posteriores mais específicos e melhores dirigidos, talvez ensaios randômicos controlados realizados com população de UTI coronarianas e acometidos por CMPP, possam trazer evidências mais específicas para a elaboração de protocolos e diretrizes direcionadas a esta população de mulheres.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Afirma-se que a Miocardiopatia Puerperal é uma doença rara, de etiologia ainda por esclarecer e com poucos estudos desenvolvidos ao seu respeito, o que torna difícil uma terapêutica mais objetiva e eficaz. Observamos a existência de vários fatores predisponentes como idade materna avançada, gravidez gemelar, raça negra, hipertensão, baixo nível socioeconômico, história de insuficiência cardíaca prévia, mas nenhum que justifique o desenvolvimento da patologia.

Trata-se de uma patologia característica da idade fértil da mulher, cujo diagnóstico é considerado um desafio clínico. Os principais sinais e sintomas observados nas gestantes e puerperas são típicos de pacientes acometidas por insuficiência cardíaca congestiva, como dispneia aos esforços, edema de membros e arritmias em geral. Vimos que, uma vez estabelecido, impõe-se a instituição imediata da terapêutica médica, com o objetivo de aperfeiçoar o prognóstico.

O diagnóstico correto, com a instituição imediata da terapêutica médica faz-se um caso de bom prognóstico, podendo não haver qualquer complicação médica, e havendo a recuperação total da função ventricular, assegura uma taxa de recorrência baixa e mantem-se viável a ideia de futuras gestações na mulher.

Porém, com as análises de estudos efetuados até hoje e previstas na literatura observada neste estudo, concluiu-se que a miocardiopatia periparto na maioria das vezes é de grave repercussão clínica. Observamos que a evolução desfavorável está associada à raça negra e a alterações morfofuncionais cardíacas, podendo haver casos diferenciados e mais complicados.

Durante a gravidez recomenda-se uma abordagem multidisciplinar da equipe de saúde. Todos são de suma importância, os cuidados intra-hospitalares com orientações e assistência terapêutica eficaz no tratamento.

Entendemos que o aprofundamento da temática possibilita o conhecimento acerca da patologia no que se diz respeito à evolução clínica, tratamento e curso da doença, assim como à identificação dos problemas de que levam uma mulher a desenvolver ou manifestar essa patologia. A utilização da assistência de pré-natal à gestante contribui para o melhor acompanhamento da paciente e do bebê, como também para sua recuperação e reabilitação pós-parto de forma a identificar imediatamente sinais de complicações, oferecendo cuidados específicos, qualidade do cuidado e apoio psicológico. É preciso que os profissionais atuem nas necessidades e emoções que medeiam tais conhecimentos e práticas, a fim de se obter melhores resultados.

Vimos que se trata de uma patologia de difícil controle, justificando a necessidade de se estudar cada vez mais casos. Observamos que todas as pesquisas foram realizadas por médicos, então, faz-se necessário que mais profissionais da saúde realizem pesquisas, em especial os enfermeiros, pois está no cuidado direto à este paciente acometido por esta patologia, também fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, entre outros, pois como relatado nos artigos analisados, o tratamento não só é realizado pelo

médico, mas por uma equipe multidisciplinar desde a atenção básica ao atendimento terciário de risco.

Os estudos constituem importantes ferramentas para avaliação de intervenções na área da saúde, com respaldo nacional e internacional da referida base de dados, pois observamos que o aspecto da doença difere profundamente entre as regiões, com dados de países em desenvolvimento, sendo escasso. Curiosamente, os estudos encontraram uma incidência bem maior da CMP em determinados grupos étnicos, com um possível comportamento diferente de progressão da doença e resultado. A razão para esta variação ainda não está claro e requer uma investigação mais aprofundada. Isso torna o gerenciamento na gravidez difícil, necessitando de uma estreita interação entre cardiologistas, obstetras e médicos intensivistas.

Nesse sentido, sugere-se que outros estudos sejam realizados com essa temática a fim de contribuir para ampliação do cuidado em saúde e no manejo dessa doença, respeitando a singularidade do indivíduo e o perfil das pessoas acometidas por Miocardiopatias, orientando a realização das medidas preventivas e ações de reabilitação.

## REFERÊNCIAS

CARLOS JR., V. S.; TIMERMAN A.; STEFANINI, E. Cardiopatia dilatada, periparto e doença cardíaca do beribri. **Tratado de cardiologia**. 2. ed. p. 1135-1141. São Paulo. Manole, 2009.

CASSANO, A. C. et al., Cardiomiopatia periparto. Relato de caso. **J. Bras. Med.**, v. 84, n. 3, p. 32-36, março 2003.

CUSTÓDIO, M. G., et al., . Resultados maternos e perinatais em pacientes com disfunção sistólica grave. **Rev. Assoc. Med. Bras.**,-v.54,-n. 6. p. 500-505, nov./dez, 2008.

FEITOSA, H. N. *et al.*,. Cardiomiopatia periparto. **Femina**, v. 33, n. 5, p. 387-393, maio, 2005.

FLAUSINO, C.; MARQUES, A. A. Gestação e doença cardíaca. In: HESS, M.L. **Doenças Cardíacas, primeiros cuidados**. 1ª ed. p. 257-267. São Paulo. Manole., 2002.

FERRE, F; CARBONNE, B. Gravidez e hipertensão. **Rev. Scient. Amer.**, v. 7, n. 2, p. 72-78, 2005.

GAMA PINTO, C. et al., . Miocardiopatia periparto. **Acta. Med. Port.**, v. 20, n. 5, p. 447-452, 2007.

GUIMARES, P. H.; ORLANDO, J. M. C.; FALCO, L. F. R. A Gestante na UTI. **Guia Prático de UTI da AMIB**. v. 2. p. 1663-1667. São Paulo. Atheneu; 2008.

HUISMAN, CLAARTJE M. *et al.*,. Incidence and Predictors of Maternal Cardiovascular Mortality and Severe Morbidity in the Netherlands: A Prospective Cohort Study. Ed. Martin Gerbert Frasch, Université de Montréal, Canada. v. 8, February; 2013.

ISNARD, R.; KOMAJDA, M. Insuficiência cardíaca: uma doença em plena progressão. **Rev. Scient. Amer. Bras**. Edição especial. p. 20-23. São Paulo, 2009.

KOLTE, DHAVAL *et al.*,. Temporal trends in incidence and outcomes of peripartum cardiomyopathy in the United States: a nationwide population-based study. **Jor Amer. Heart Assoc**. Jun 4;3(3), 2014.

MIDÃO, M. A. *et al.*, Gravidez e cardiopatia. **Tratado de medicina cardiovascular**. v. 2. p. 1967-1969. Rio de Janeiro. Elsevier, 2010.

MOREIRA C. C. *et al.*, Características clínicas associadas evolução desfavorável na miocardiopatia periparto. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 84, n. 2, p. 141-146, fevereiro, 2005.

PREZ CANDIA, J.; SUAZO DE LA PAZ, R. Miocardiopatia periparto, patologia infrecuente de difícil diagnóstico. Caso clínico. **Rev. Chil. Obstet.**, v. 67, n. 2, p. p. 157-159, mayo, 2002.

RODRÍGUEZ-GONZALEZ, M. A.; MEDINA-RUIZ, A. Peripartum cardiomyopathy. P. **Rev. Health Scient**. v. 25, n. 3, p. 267-271, Sept. 2006.

SLIWA KAREN E BOHM MICHAEL. Incidence and prevalence of pregnancy-related heart disease. **Cardiovascular Research**. v. 101, p. 554-560, 2014.

SOUZA, M.T.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que e como fazer. Einstein, v. 8, n. 1 pt. 1, p. 102-106, 2010.

## CAPÍTULO 3

### DOENÇA FALCIFORME EM CRIANÇAS E A PERSPECTIVA DO CUIDADO DOMICILIAR

Lívia Lopes Custódio  
Ilvana Lima Verde Gomes  
Aline Mayra Lopes Silva  
Sarah Vieira Figueiredo  
Márcia Shirley de Meneses  
Ana Valeska Siebra e Silva

#### INTRODUÇÃO

A Doença Falciforme (DF) faz parte de um grupo de anemias hemolíticas hereditárias que causam alterações no gene que produz a molécula de hemoglobina anormal (Hb S) (NAOUM; NAOUM, 2004). Isso ocorre devido a presença da baixa tensão de oxigênio que incide na polimerização da HbS, culminando na transformação da clássica forma do eritrócito bicôncavo, modificando-a para forma alongada, como uma foice (FELIX; SOUZA; RIBEIRO, 2010).

Essa forma alongada da hemácia promove a formação das hemoglobinopatias. As mais frequentes são: a anemia falciforme (HbSS), com forma homozigótica SS; a S beta talassemia ou microdrepanocitose e as duplas heterozigoses HbSC e HbSD (BRASIL, 2013a).

As complicações mais frequentes que se manifestam da doença falciforme são as crises dolorosas, que ocorrem nas extremi-

dades, abdômen e nas costas, com duração de quatro a seis dias, podendo chegar a persistir por semanas, com forma recorrente da dor, de intensidade e duração variável, manifestadas de forma diferente em cada indivíduo. Essas complicações de dor são causadas pelo dano tissular isquêmico secundário a obstrução do fluxo de sangue devido às hemácias falcizadas (BRASIL, 2013a).

Nas crianças, a manifestação de dor mais comum é dactilite ou síndrome mão-pé, apresentam ocorrências de elevada morbidade. Geralmente, se torna uma experiência dolorosa e angustiante, repercutindo na forma física e psicológica na vida da criança (CRAYCHETE & WANDERLEY, 2011).

Tem-se estimativas de 250 mil crianças nascidas em todo o mundo com DF. Esta é uma das doenças genéticas epidemiologicamente mais importantes no Brasil e no mundo, (LERVOLINO *et al.*, 2011), podendo levar a cerca de 3,4% de todas as mortes de crianças menores de cinco anos no mundo, decorrentes da anemia falciforme e a talassemia juntas (HANKINS, 2010).

Reconhecida como um problema de saúde pública, desde o século passado, no início da década de 60, a Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza o desenvolvimento de programas populacionais de Triagem Neonatal de garantia da qualidade nos serviços de saúde do recém-nascido nos países em desenvolvimento. No Brasil, foi implantado no ano de 2001, pelo Ministério da Saúde, através da Secretaria de Assistência à Saúde, o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) que incluem no Sistema Único de Saúde (SUS) o diagnóstico precoce em recém-nascidos, a obrigatoriedade do teste do pezinho; busca ativa dos casos suspeitos, a confirmação diagnóstica e; o encaminhamento a centros especializados para que possa ser feito o acompanhamento multidisciplinar e tratamento regular dos pacientes (BRASIL, 2002).

O diagnóstico precoce aliado ao desenvolvimento científico e tecnológico tem possibilitado terapêuticas adequadas que ajudam, muitas vezes, no controle da doença. Mas, doenças crônicas impõem algumas condições, apresenta longa ou indefinida duração, seu curso clínico muda ao longo do tempo, relacionadas a causas múltiplas, impõe algumas limitações às funções do indivíduo, associadas a mudanças de estilo de vida que requer intervenções e até hospitalização (BRASIL, 2013b).

Para que o tratamento tenha êxito é importante o cuidado, compreendido como parte da essência humana. O cuidado deve ir além de atuações pontuais, deve englobá-lo enquanto uma ação com atitude de respeito, preocupação e responsabilização para com o próximo, identificando a subjetividade humana ao invés de reduzir o ser humano a um objeto ou uma doença, contando para isso com o uso do diálogo, fonte de possíveis mudanças (BOFF, 2000).

Quando nos referimos à criança, como todo ser humano e na condição de doente crônica, ela necessitará de cuidado que deve se dar de forma integral (BRASIL, 2013b), mas como elas ainda não possuem condições de autocuidar-se necessitam de ajuda, principalmente de seus pais ou cuidadores que estão mais próximos, acompanhando o estado e percurso da doença. Para isso, é imprescindível o envolvimento da família e outros cuidadores para aprender sobre os sinais de complicações e agir corretamente nas possíveis intercorrências, proporcionando a promoção da condição clínica estável da criança (BRASIL, 2005a).

Deste modo, pensando na perspectiva do cuidado domiciliar, entende-se que é relevante os cuidados dos familiares dispensados à criança em relação à doença para a sua sobrevivência. Se bem orientados, eles podem contribuir para uma melhor assistência, detectando intercorrências de modo mais precoce, a fim de evitar

maiores agravos e, possivelmente reduzir até a ansiedade (MISKO e BOUSSO, 2007).

Tendo em vista as nuances da doença Falciforme, este estudo objetiva identificar, na literatura, quais as perspectivas de cuidado domiciliar adequada às necessidades da criança falcêmica. Para alcançar o objetivo proposto, utilizou-se como questão norteadora: Qual é a produção científica relacionada a perspectivas de cuidado domiciliar realizada em criança com doença falciforme?

## MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa na literatura, com abordagem qualitativa, onde se utilizou-se de um método que permite fazer pesquisas de estudos publicados a respeito de uma particular área de estudo, que no caso do presente trabalho, foram feitas buscas para saber quais as perspectivas do cuidado domiciliar realizados em crianças que tem Doença Falciforme, além de uma síntese e apresentar as possíveis considerações finais.

No entanto, para a utilização desse método, é necessário seguir alguns passos, tais como: formulação de pergunta orientadora; identificação do problema; critérios de inclusão/exclusão; seleção e avaliação dos artigos; definição da informação a ser extraída; análise sistemática dos dados; aplicabilidade dos resultados significativos na prática e, sintetizar apresentando o conhecimento específico (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Após formulação da pergunta orientadora: “Quais as perspectivas de cuidado domiciliar realizada em criança com doença falciforme?”, além da identificação do problema, foram realizadas buscas das fontes, das quais foram desenvolvida na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde do Centro Latino-Americano e

do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BVS), a partir da busca integrada nas bases de informações das Ciências da Saúde em Geral como LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Saúde), SciELO Brasil (*Scientific Electronic Library On Line*), PubMed (Base de dados digital produzida pela *National Library of Medicine*, USA - no campo da Biociência) e Scopus.

Utilizaram-se os seguintes descritores do DECs (Descritores em Ciências da Saúde – BVS/Bireme) e do MeSH (*Medical Subject Headings*): anemia falciforme (*Sickle Cell Anemia*); doença falciforme (*sickle cell disease*); criança (*child*); cuidado da criança (*Child Care*); família (*Family*); Assistência domiciliar (*Home nursing*).

Os critérios de inclusão foram: artigos publicados nos últimos dez anos disponíveis no período entre os anos de 2005 a 2015, tendo em vista o cuidado domiciliar realizado em criança com DF; texto completo disponível de forma eletrônica (*on-line*), com resumos (*abstracts*) disponíveis e indexados nas bases de dados; nos idiomas inglês e português que estivessem ligados ao tema do estudo.

Os critérios de exclusão foram teses, dissertações e revisões de qualquer natureza, além de artigos que não correspondessem à temática investigada, selecionadas dentre as combinações mútuas de palavras lidas pelo título e resumo.

A seleção e avaliação dos artigos foi realizada de maio a julho de 2015, tendo em vista a temática central do estudo de doença Falciforme em crianças, tendo como foco a perspectiva do cuidado domiciliar, foram realizadas as seguintes combinações de descritores: (1) *sickle cell anemia, child, family and home nursing*; (2) *sickle cell anemia, Child Care, child and Family role*, (3) *Family; child and sickle cell disease*.

Para a análise sistemática de bases dos dados pesquisados foram realizadas leituras de títulos e dos resumos, em seguida foram separados apenas os artigos que estavam dentro dos critérios de

inclusão. Depois de selecionados, foram elaborados quadros sinópticos de informações coletadas com os artigos sobre a identificação dos autores, títulos, periódicos e ano de publicação, país de origem, tipo de pesquisa. Foi possível também organizar, após leitura exaustiva dos artigos estudados, o agrupamento dos temas identificados por semelhanças que mais emergiram, de maneira mais relevante, elencados em categorias e perpetrados por uma discussão.

## RESULTADOS

Recorrendo as fontes desenvolvidas para busca da base de dados das Bibliotecas Virtuais, foi possível utilizar jogos das combinações, uma de cada vez, o que possibilitou visualizar 101 títulos e resumos disponíveis e indexados no total, aparecendo 38 no PubMed, 44 na Scopus, 13 na Lilacs e 06 na SciELO.

De acordo com os critérios estabelecidos, ficaram 88 publicações fora do estudo, pois 65 não estavam associados à temática; dez não apresentavam texto completo; dois estavam sem resumo e sem texto completo; um estava fora do período estipulado; uma era dissertação e nove estavam repetidos ou duplicados.

Após leitura de títulos e resumos nas bases de dados das buscas para saber sobre os que estavam relacionados com a temática, resultaram 17 publicações com duplicidade. Portanto, após aplicação dos critérios de inclusão foram excluídos oito, contabilizando cinco pela Scopus; três pela PubMed; nada foi aproveitado por meio da busca na Lilacs e, apenas um artigo pela Scielo, que também se repetiu na Scopus, resultando em nove, sem repetição.

As buscas realizadas nas bases de dados resultaram prevalência de artigos na literatura internacional, constatando apenas dois na literatura nacional (Quadro 1).

**QUADRO 1.** Organização dos artigos selecionados para o estudo segundo autores, títulos, periódicos, ano de publicação, país de origem, tipo de pesquisa.

AUTOR	TÍTULO	PERIÓDICO	ANO	PAÍS	TIPO PESQUISA
Moskowitz JT, Butensky E, Harmatz P, Vichinsky E, Heyman MB, Acree M, Wrubel J, Wilson L, Folkman	Caregiving time in sickle cell disease: psychological effects in maternal caregivers.	Pediatr Blood Cancer	2007 Jan;	Estados Unidos California New York Manhattan	Coorte observacional
Treadwell MJ, Alkon A, Quirolo KC, Boyce WT.	Stress reactivity as a moderator of family stress, physical and mental health, and functional impairment for children with sickle cell disease.	Journal Dev Behav Pediatr.	2010 Jul-	Estados Unidos Oakland	Estudo transversal
Monica J. Mitchell, PhD,1 Kathleen Lemanek, PhD,2 Tonya M. Palermo, PhD,3 Lori E. Crosby, PsyD,1 Alisha Nichols, BA,1 and Scott W. Powers,	Parent Perspectives on Pain Management, Coping, and Family Functioning in Pediatric Sickle Cell Disease	Clinical Pediatrics	2007 May	Estados Unidos Ohio	Qualitativa Descritivo
Melissa K. Cousino, Rebecca A. Hazen,	Parenting Stress Among Caregivers of Children With Chronic Illness: A Systematic Review	Journal Pediatr Psychol.	2013 Sep	Estados Unidos Cleveland	Revisão sistemática
Guimarães, Tania M. R., Miranda, Wagner L. and Tavares, Márcia M. F	O cotidiano das famílias de crianças e adolescentes portadores de anemia falciforme.	Rev. Bras. Hematol. Hemoter.	2009 Fev	Brasil Pernambuco	Estudo descritivo, exploratório e qualitativo
Lidyane Rodrigues Oliveira Santos, Silvana Santiago da Rocha, Rosana dos Santos Costa, Olivia Dias de Araujo, Francisco Braz Milanez Oliveira, Regilane Silva Barros	Cuidados de familiares a crianças com doença falciforme	Rev Enferm UFPI.	2012 May	Brasil Piauí.	Qualitativa descritiva
Hildenbrand, A.K., Barakat, L.P., Alderfer, M.Abd, Marsac, M.L.	Coping and coping assistance among children with sickle cell disease and their parentes.	Journal of Pediatric Hematology/Oncology Volume 37, Issue 1, 3.	2015 Jan	Estados Unidos. Philadelphia	Qualitativa E quantitativa
Barakat, L.P., Patterson, C.A., Weinberger, B.S., (...), Gonzalez, E.R., Dampier, C.	A prospective study of the role of coping and family functioning in health outcomes for adolescents with sickle cell disease	Journal of Pediatric Hematology/Oncology	2007	Estados Unidos Philadelphia	Estudo prospectivo
Fetzer M, Godiwala N, Hommel KA, Driscoll K, Mitchell M, Crosby LE, Piazza-Waggoner C, Zeller M	Family functioning in the context of pediatric chronic conditions	Journal Dev Behav Pediatr.	2010 Jan	Estados Unidos Cincinnati	Análise de dados secundários

**Fonte:** Elaboração dos autores deste estudo.

Nos artigos selecionados para o estudo constatou-se diversidade no tipo de estudo, tanto quantitativo como qualitativamente. Quanto à metodologia, foi registrado uma revisão de literatura, um estudo prospectivo, um estudo de coorte, um estudo transversal, três descritivo, um de análise de dados secundários e um estudo qualitativo e quantitativo (Quadro 1).

Em relação à origem dos países obtivemos maior predominância de estudos dos Estados Unidos, nas produções internacionais. Foram identificadas também duas publicações em âmbito nacionais, contando apenas com a Região Nordeste que apresentou números, das quais uma foi do Piauí e a outra de Pernambuco.

Sobre os autores dos artigos selecionados encerrou um total de 49, sendo 30 profissionais com mais de uma profissão e 19 com apenas uma profissão, dos quais contabilizam 24 médicos, 22 docentes, 19 psicólogos, 11 enfermeiros, 3 escritores, 1 nutricionista e 1 odontóloga. Da área da medicina tem especialistas em epidemiologia, pediatria e hematologia (Quadro 1).

Em relação aos periódicos, tivemos maior número publicado em Jornal, mais do que em revistas. Quanto ao ano de publicação, foi mais publicado no ano de 2007, com três, depois foi do ano de 2010 com duas, uma em 2013, uma em 2009, uma em 2012 e uma em 2015 (Quadro 1).

## DISCUSSÃO

Em consonância com a quarta etapa, que consiste na análise sistemática dos dados, foi possível organizar o agrupamento dos temas identificados por semelhanças nos artigos estudados, emergiram, conforme organizada no quadro dois, as categorias que foram elencadas em: tempo de cuidado, estresse familiar e depressão.

**QUADRO 2.** Núcleo de Sentidos: Categorias e Temas.

<b>TEMPO GASTO PARA CUIDAR</b>	<b>ESTRESSE</b>	<b>SENTIMENTOS</b>
<p>Passou menos horas na prestação de cuidados com as crianças com DF. Passar muito tempo na prestação de cuidado fez a diferença na crise.</p> <p>Envolve uma maior proporção de tempo gasto em cuidados na dor.</p> <p>A relação entre o tempo e o cuidado depende da gravidade da doença.</p> <p>A quantidade de tempo que o cuidador tem disponível para prestar cuidados.</p>	<p>Estresse familiar foi associado com prejuízo funcional criança enquanto reatividade geral.</p> <p>Estresse foi associado com o uso mais frequente nas rotinas e serviços de cuidados.</p> <p>Redução da qualidade de vida. Estressores potenciais afetar a criança com anemia falciforme, bem como seus cuidadores e outros membros da família.</p> <p>Imprevisibilidade das crises no DF e à dor que ele provoca.</p>	<p>Lidar com a dor, é situação mais difícil que se coloca em cuidar de uma criança com DF, vendo seu filho na dor está associada com angústia e sentimentos de inadequação e culpa emocional.</p> <p>Níveis significativos de sentimentos, humor depressivo.</p> <p>Sintomas depressivos foram elevados para cuidadores de crianças com DF.</p> <p>Os impactos de sentimentos, cuidar crianças com anemia falciforme em cuidadores.</p>

**Fonte:** Elaboração dos autores deste estudo.

Na categoria tempo para cuidar, constatou-se nas entrevistas de alguns dos trabalhos analisados que a prática de um cuidado sistematizado necessita do fator tempo, que demanda disponibilidade, dedicação, reorganização de tarefas domésticas, na tentativa de reorganizar a vida, a partir da nova circunstância, de ter um filho com uma doença crônica. Caracterizada pela variabilidade clínica entre pacientes e no mesmo paciente, com períodos de bem-estar intercalando-se com situações que requerem atendimento de urgência ou emergência.

No caso dos doentes falcêmicos, os autores demonstraram que a demanda de tempo para o cuidado ocorre de maneira mais especial no momento em que desencadeiam as crises dolorosas

nas crianças, já que sem as crises a criança tem uma vida normal, igual às outras crianças.

As crises dolorosas aparecem quando a hemoglobina HbS fica desoxigenada, sofre interações hidrofóbicas que compromete a solubilidade, resultando em dano celular irreversível, traduzido clinicamente pelo surgimento dos sinais e sintomas da doença (BRASIL, 2013a).

A dor é o quadro mais dramático da doença, como se trata de uma doença inflamatória crônica, pois as crises álgicas ocorrem inesperadamente, muitas vezes sem pródromos e impactam diretamente a qualidade de vida do paciente. Sintomas como hipóxia, infecção, febre, desidratação e acidose podem desencadear a vasocclusão (BRASIL, 2013a).

Para tanto, conforme recomenda a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2006), é necessário que haja políticas públicas específicas para esta doença, garantindo acesso ao tratamento, além de atendimento integral e coordenado a todas as pessoas que precisar utilizar o serviço.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), como um sistema público instituído pela Constituição Federal promulgada em 1988, tem aberto espaço para a participação social, de forma a promover a equidade na atenção à saúde, onde foi formulada a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias publicada pela Portaria GM/MS nº 1391 de 16 de agosto de 2005 (b).

As ações estabelecidas para a doença falciforme devem ocorrer nos níveis primário, secundário e terciário (CZERES-NIA, 2003), garantido como políticas públicas e articulados entre si. O nível primário envolve ações de triagem para detectar pessoas passíveis de traço falcêmico e o aconselhamento genético;

no nível secundário ocorre a triagem neonatal e a abordagem pré-sintomática, além da educação dos pais sobre a doença; por fim, a terciário busca reduzir os efeitos já instalados da doença, envolvendo tratamentos mais complexos.

Durante as crises, as crianças precisam ser imediatamente avaliadas ou pelo sistema de saúde ou pelo cuidador domiciliar, instruídas a tomar analgésicos, ingerir líquidos, pois não existe uma forma objetiva para a mensuração da intensidade da dor.

Para que o cuidado em casa surta efeito positivo, o Ministério da Saúde lançou, em 2013, um manual sobre condutas básicas para o tratamento e prevenção na DF. Essa publicação contém instruções que visam ajudar na atenção e melhoria da assistência dispensada aos doentes falcêmicos, transmitindo as informações necessárias de forma objetiva e clara, como por exemplo, realizar o manuseio nas crises dolorosas. Logo, a terapia a ser iniciada deve ser norteada, em casa mesmo, pela percepção do paciente, utilizando-se a escala analógica da dor que contém desenhos de faces para orientar familiares, que é numerada de 0 a 10.

O acompanhamento deve ser monitorado, caso não passe a dor, a criança tem por direito ser atendida o mais próximo da sua residência, para iniciar o tratamento pela atenção básica. Como preconiza a Política Nacional de Atenção Básica, que declara ser o contato preferencial dos usuários e a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012).

Para que o cuidado na Rede de atenção integral funcione, é preciso organizar os serviços da saúde, de modo que cada indivíduo ao percorrer uma estação, no circuito para obter cuidados, possa ser atendido de forma integral de acordo com a sua necessidade, trazendo melhores resultados para os indicadores de saúde (OPAS; OMS, 2008).

A atenção básica já garante acompanhamento e controle às pessoas com doença falciforme apresentam problemas que podem ser na, mas por causas das complicações clínicas que ficam complexas exigindo internação para tratamento, assim precisam ser encaminhadas a um serviço hospitalar (SÃO BENTO *et al.*, 2011).

Na experiência de adoecimento, as famílias sempre passam por períodos de buscas mais intensas pelos serviços de saúde devido às complicações no estado de saúde das suas crianças, o que caracteriza a prática de um cuidado sistematizado que necessita do fator tempo. Condição presente atravessada pela família e pelo doente em encontrar respostas efetivas às necessidades de sua criança e ter a resolutividade esperada junto aos serviços e profissionais de saúde.

Sabe-se que, na maioria das vezes, nessas intercorrências de evento devastador, alguns pacientes necessitam de internações frequentes por causa da dor. O estabelecimento de um tratamento prolongado, complexo e que requer cuidados constantes em relação à terapêutica em si e em relação a determinantes que possam minimizar o estado de saúde da criança é um processo que exige adaptação à doença e às hospitalizações da criança, exigindo tempo e disposição da família (ALMEIDA *et al.*, 2006).

Na categoria estresse parental na perspectiva de cuidado domiciliar da criança com a DF no sistema familiar, devido suas crises, agravamento de sua condição física, os cuidados e internações constantes podem ser agentes estressores capazes de atingir as relações sociais.

Conforme ressalta Silva *et al.*, (2010), a condição de ter uma doença crônica já é um agente estressor capaz de atingir as relações sociais do sistema familiar. A convivência com uma criança doente necessita de cuidados específicos, devido seu curso

demorado, progressão, necessidade de tratamentos prolongados, dependência de atenção contínua, cuidados com a alimentação, tratamento medicamentoso, constante preocupação que implicará na rotina da família.

Considerando as reais necessidades da criança, a família pode não estar preparada para lidar com essa situação, e apresentar despreparo psicológico para o enfrentamento da condição crônica e desvalendo-se da situação, acaba por desfavorecer a adaptação da criança e da própria família à nova situação (SILVA *et al.*, 2010).

Esse cenário de condição existente, de enfrentar e se responsabilizar pelo cuidado a uma criança cronicamente enferma, torna-se um desafio que pode ser recebido de diversas formas pelo indivíduo. A alteração existirá, tornando-se uma experiência multidimensional tanto para ela como para sua família (HOLLANDA e COLLET, 2011).

A carga de cuidado percebida pelos cuidadores de crianças com doença falciforme pode estar relacionada com a natureza imprevisível das crises, uma vez que o quadro clínico destes pacientes apresentam incertezas e instabilidade no seu processo, apresentando alterações em seu cotidiano e estilo de vida, acarretando sobrecargas tanto física, como emocional e social (MORENO, 2008).

A presença de uma pessoa doente em casa também adoce a sua família, pois os laços de afetividade presentes na estrutura familiar são responsáveis pelo envolvimento de todos os seus entes no enfrentamento da doença (SILVA *et al.*, 2002). Assim, se a família conseguir se reorganizar através de reintegração, de forma a poder ajudar, compartilhando os cuidados, de forma a dar suporte ao cuidador, poderá minimizar os danos da doença que provoca o estresse.

Na categoria sentimentos inadequados, percebe-se a imersão de um agravante presente em todo o contexto em que a doença está inserida, bem como suas consequências físicas, social e psicológica.

As possibilidades de agravamento da doença com as incertezas do amanhã, as necessidades de cuidado constantemente com inconstantes modificações no cotidiano da vida de uma família são as dificuldades vivenciadas a cada busca por cuidado que a família empreender na tentativa de atender às necessidades de saúde na condição de sua criança com a doença falciforme.

A interação da família e a harmonia de seu funcionamento dependem de vários fatores econômicos, incluindo biológicos, psicológicos e espirituais, além do suporte emocional entre os seus membros. O aparecimento da doença de um das partes poderá desencadear uma catástrofe na família, transformando a organização familiar preestabelecida, influenciando a prováveis reações (HANSON, 2005).

O enfrentamento de uma situação diferente, que foge dos planos e sonhos traçados faz surgir sentimentos e percepções de insegurança e medo que proporcionam modificações e adaptações de novos significados sobre o cuidado (CARREIRA e RODRIGUES, 2006).

A sobrecarga imposta das demandas de cuidado com a criança e a possibilidade de uma nova hospitalização provoca sentimentos diversos nas famílias como tristeza, estresse, preocupação, ansiedade e, às vezes até depressão, com sofrimento físico e emocional (PINTO, RIBEIRO e SILVA, 2005).

Existe nas mães, principalmente, naquelas que se internam junto as suas crianças, pois precisam permanecer e estar junta delas, um distanciamento de outros filhos, de sua casa, do seu co-

tidiano de sua própria vida que gera sentimentos que por muitas vezes ou não são priorizados ou parecem ser descartados (OLIVEIRA; COLLET, 1999).

Vale ressaltar que vários fatores podem também influenciar nas respostas da situação de cuidar e ocasionar o estresse, como por exemplo: características dos pais/cuidadores, idade, estado civil, capacidade de enfrentamento, número de filhos; características da criança, idade, gravidade da doença, comportamento; funcionamento familiar e seus vínculos; fatores sociais; fatores socioeconômicos; contexto cultural (MARGIS *et al.*, 2003)

Muitos dos cuidadores da família necessitam manter seus sentimentos e emoções de maneira controlada para representar maior apoio e fortaleza para a criança que está doente, mantendo seu papel de cuidador (OLIVEIRA, 2000). Todavia, se o nível de estresse passar a ser muito elevado, poderá trazer comprometimentos para o funcionamento familiar com consequências negativas.

Para tanto, é importante haver estruturas que possam os apoiar, dependendo do nível de complexidade e dependência da doença, assim como do momento em que a família se encontrar. Os cuidadores necessitam além de elaborar estratégias para o enfrentamento da condição adversa, precisam também ter oportunidades para falar sobre seus sentimentos, suas preocupações e medos que estão sendo vivenciados nesse processo (OLIVEIRA, 2000).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O estudo realizado sobre doença Falciforme em crianças buscou compreender quais as vivências do processo de cuidado, segundo as visões das famílias, tendo como foco a perspectiva do cuidado domiciliar através de publicações tanto nacionais como internacionais.

No entanto, por meio deste levantamento de dados, pode-se entrar em contato com vários artigos, mas que tal desenho possibilitou observar a pouca existência de literatura disponível, principalmente, as produções em âmbito nacional, que ainda são bastante incipientes.

Através desta revisão, pode-se observar que o cotidiano da criança adoecida e da família que experienciam a condição crônica, atravessados pelo cuidado devido à doença falciforme ainda é pouco abordado como objeto de estudo. De modo que a escuta atenta de suas verdadeiras necessidades possam vir orientar a produção de cuidados tanto no domínio para os profissionais da saúde como também para os que estão implicados com o cuidado na perspectiva do cuidado domiciliar.

Tem-se, portanto, uma lacuna de conhecimento tanto sobre a criança e sua família que vivenciam este tipo de adoecimento crônico, representado pela doença falciforme, quanto sobre a atenção profissional, além de a efetividade das políticas públicas de saúde direcionadas a esta atenção.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. I. *et al.*,. **Cuidados complexos de mãe de criança com doença crônica.** Revista de Enfermagem Escola Anna Nery, v.10, n.1, p. 36-46, 2006.

BOFF L. **Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela terra.** Petrópolis: Vozes; 2000.

BRASIL. Portaria no 822/GM, de 6 de julho de 2001. **Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Triagem Neonatal / PNTN.**

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação-Geral de Atenção Especializada. **Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação-Geral de Atenção Especializada.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias. **Aconselhamento, orientação e informação genética em doença falciforme.** Brasília; Ministério da Saúde 2005 a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1391, de 16 de agosto de 2005. **Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde, as diretrizes para a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, p.40, col. 2, 18 ago. 2005 b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual de condutas básicas na doença falciforme / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada.** – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006. 56 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Doença falciforme: condutas básicas para o tratamento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CARREIRA L., RODRIGUES R. A. P. **Estratégias da família utilizadas no cuidado ao idoso com condição crônica.** Cienc. Cuid. Saúde. 2006; 5(Supl):119-26.

CRAYCHETE, D. C., & WANDERLEY, S. B. C. **Dor na criança: avaliação e terapêutica (Fascículo 2).** Recuperado de Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (2011). [www.sbed.org.br](http://www.sbed.org.br).

CZERESNIA, D. **Ações de promoção à saúde e prevenção de doenças: o papel da ANS.** Fórum de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.

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

HANSON, S. M. H. Family nursing: **Challenges and opportunities: whither thou goest family nursing.** J Fam Nurs. 2005;11(4):336-9.

HANKINS J. **Toward high quality medical care for sickle cell disease: are we there yet?** Jornal de Pediatria (Rio J). 2010; 86(4):256-258.

HOLANDA E. R., COLLET N. **As dificuldades da escolarização da criança com doença crônica no contexto hospitalar.** Rev. Esc. Enferm. USP. 2011;45(2):381-9.

LERVOLINO, L. G. *et al.*. **Prevalence of sickle cell disease and sickle cell trait in national neonatal screening studies.** Rev. Bras. Hematol. Hemoter., São Paulo, v. 33, n. 1, pp. 49-54, 2011.

MARGIS R, PICON P, COSNER AF, SILVEIRA RO. **Relação entre estressores, estresse e ansiedade.** R Psiquiatr 2003; 25(1):65-74.

MISKO M. D., BOUSSO R. S. **Managing cancer and its intercurrents: the family deciding to seek Emergency car for the child.** Rev Lat Am Enferm. 2007;15(1):48-54.

MORENO V. **Familiares de pacientes em hemodiálise: convivendo com condição crônica de saúde.** Rev Rene Fortaleza. 2008; 9(4):49-56.

NAOUM, P. C.; NAOUM, F. A. **Doença das Células Falciformes**. São Paulo: Editora Sarvier, 2004, 224p.

OLIVEIRA, M. **Rumos da psicologia hospitalar em cardiologia**. Campinas, Papirus editorial, 2000.

OLIVEIRA, B. R. G. de; COLLET, N. **Criança hospitalizada**: percepção das mães sobre o vínculo afetivo criança-família. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 7 n. 5 dez., 1999.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS); ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas**. Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opiciones de Política y Hoja de Ruta para su implementación en las Américas, out. 2008.

PINTO JP, RIBEIRO CA, SILVA CV. **Procurando manter o equilíbrio para atender suas demandas e cuidar da criança hospitalizada**: a experiência da família. Rev. Latinoam. Enferm. 2005;13(6):974-81.

SÃO BENTO, P. A. S. *et al.*, **Diagnósticos e cuidados de enfermagem para a pessoa hospitalizada com doenças falciformes**: um estudo pautado em Nanda. Rev. Pesq. Cuid. Fundam. Online, Rio de Janeiro, v. 3, n. 4, 2011, p. 2579-2592.

SILVA L. F., GUEDES M. V. C., MOREIRA R. P., SOUZA ACC. **Doença crônica**: o enfrentamento pela família. Acta Paul Enferm. 2002; 15(1):40-7.

SILVA M. A. S., COLLET N., SILVA K. L., Moura FM. **Cotidiano da família no enfrentamento da condição crônica na infância**. Acta Paul Enferm. 2010; 23(3):359-65.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. **Revisão integrativa**: o que é e como fazer. Einstein, São Paulo, v. 8, n. 1 pt 1, p. 102-106, 2010.

WHO. **Sickle-cell anaemia**. fifty-ninth world health assembly, WHO: 2006.

## CAPÍTULO 4

# EMPODERAMENTO DO PACIENTE DIABÉTICO: AUTOCUIDADO COMO MODELO CENTRADO NA PESSOA

Andrea Caprara

Lucimar Bóh Barbosa

Elaine Neves De Freitas

Edenúbia Pereira Félix

### INTRODUÇÃO

É cada vez mais comum na sociedade o aparecimento das doenças crônicas, onde todos temos algum familiar, amigo ou conhecido que desenvolveu algum tipo de condição crônica, se tornando mais frequente, logo, representando mais usuários necessitando de cuidados, aumentando a demanda nos serviços de saúde, requerendo atenção redobrada dos profissionais da área.

A condição crônica pode ser considerada como uma experiência de vida permanente, causada por patologias que acarretam perdas e disfunções, além da alteração no cotidiano. Essa permanência causa estresse devido à alteração da imagem corporal, necessidade de adaptação social e psicológica, além de mudança na expectativa de vida (FREITAS, MENDES, 2007).

As Doenças Crônicas Não Infecciosas (DCNI) exercem papel importante no perfil atual de saúde das populações humanas e a discussão acerca desse tema vem conquistando cada vez

mais espaço no sentido de sermos capazes de manter a integridade, a independência e a autonomia dos indivíduos acometidos. Nas últimas décadas no Brasil, as DCNI passaram a determinar a maioria das causas de óbito e incapacidade prematura, ultrapassando as taxas de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, e a representar uma grande parcela das despesas com assistência hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS) e no Setor Suplementar (BRASIL, 2006).

Este fato é decorrente da transição epidemiológica observada na população brasileira que está envelhecendo e, com isso, as doenças crônicas vêm representando uma expressiva e crescente demanda aos serviços de saúde, evidenciando a necessidade de conhecer sua prevalência. Estas doenças, segundo Barros *et al.*, (2006), são definidas como afecções de saúde que acompanham os indivíduos por longo período de tempo, podendo apresentar momentos de piora (episódios agudos) ou melhora sensível.

A doença crônica é causa geradora de outras condições crônicas, que afetam famílias que assumem responsabilidades no controle desses episódios, através de descobertas diárias, que irão exigir habilidades especiais de natureza médica, social e emocional da sua condição, levando as famílias a viverem com a incerteza, enfrentando dilemas éticos, individuais, sociais e profissionais, assumindo grandes e contínuos gastos com o tratamento (FREITAS, MENDES, 2007).

E dentre as principais doenças crônico-degenerativas encontradas na população de Fortaleza, destacam-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM), estas associadas à obesidade e a dislipidemia somam o grupo de fatores de risco que compõem a Síndrome Metabólica e são determinantes para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (FORTALEZA, 2008).

No Brasil, há cerca de 7,6 milhões de diabéticos, correspondentes a 6% da população nacional e a 6,4% da população mundial. As estimativas dos dados coletados em 91 países para determinar as prevalências em todos os 216 países, indicam que, para o ano de 2030 esse valor chegará a 12,7 milhões. A diabetes mellitus tipo 2 é caracterizada por uma deficiência relativa de insulina e é o tipo mais prevalente, em torno de 90%. Seu desenvolvimento se dá por causa da incapacidade da célula beta em responder à crescente demanda periférica de insulina (MANTOVANI *et al.*, 2013).

A DM pode estar associada a diversas complicações clínicas, tais como: nefropatia diabética, retinopatia diabética, neuropatia diabética, pé diabético, doença cardiovascular, doença arterial coronariana, doença arterial obstrutiva periférica, doença cerebrovascular, cetoacidose diabética, estado hiperglicêmico e hipoglicemia (MEDEIROS *et al.*, 2014).

O sistema de saúde atual encontra-se focado na doença aguda ao invés de doenças crônicas, o que culmina em pacientes desinformados e despreparados para realizar o autocuidado. Os planejamentos das visitas são breves e não há certeza de que as necessidades agudas e crônicas serão eficientemente atendidas (BODENHEIMER *et al.*, 2002).

A modelagem das redes de atenção à saúde pode ser adaptada às condições regionais e/ou locais em que são implantadas. Sendo o Brasil um país de tamanha diversidade no que tange as realidades econômicas, culturais e sanitárias, tem se organizado diretrizes operacionais com normativas flexíveis para aplicação de acordo com a realidade local (MENDES, 2007). Entretanto, a rede de atenção à saúde é organizada de forma fragmentada e, muitas vezes, não está centrada nas necessidades da população.

Assim, cada região termina organizando suas redes sem focar nos instrumentos de coordenação utilizados nas redes de atenção à saúde, diretrizes clínicas estabelecidas, recursos comunitários e cogestão, autonomia do paciente, adaptações mútuas e por coordenação do trabalho multidisciplinar.

Dessa forma, faz-se necessário, a partir da fala do usuário, perceber quais as orientações passadas pelos profissionais de saúde para o cuidado do paciente crônico, além de tornar necessário o conhecimento da rede de assistência desses pacientes.

Para haver melhoria dos cuidados crônicos, se faz necessária uma articulação entre a organização provedora e a comunidade, utilizando os recursos comunitários. Podendo citar os grupos de autoajuda, as aulas de educação em saúde, os programas de exercícios, centros de idosos, entre outros. Esses são recursos que visam manter os pacientes informados e proporcionar-lhes um suporte válido ao cuidado da sua própria doença (BODENHEIMER *et al.*, 2002). O serviço de saúde precisa de reorganização pela implantação de uma rede integrada de serviços para, assim, garantir o cuidado contínuo (MARCECA; CICCARELLI, 2007).

Diante do exposto, o estudo procura compreender o empoderamento e o autocuidado como ferramenta prognóstica de pacientes em condições crônicas atendidos na atenção primária.

## **METODOLOGIA**

Para o alcance do objetivo geral, utilizou-se o método da revisão integrativa, devido a possibilidade de sumarizar as pesquisas já concluídas e obter conclusões a partir do tema de interesse. Seguindo os mesmos padrões de rigor, clareza e replicação utilizada nos estudos primários, embora os métodos para a condução

das revisões integrativas variem, existem padrões a serem seguidos, na operacionalização dessa revisão, foram feitas as seguintes etapas: seleção das questões temáticas, estabelecimento de critérios para a seleção da amostra, representação das características da pesquisa original, análise dos dados, interpretação dos resultados e apresentação da revisão.

O levantamento bibliográfico foi realizado através da Internet, nos bancos de dados mais utilizados na pesquisa, como: Scielo e Lilacs (Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde). Para composição dos artigos, utilizou-se as seguintes palavras-chave: “Diabetes”, “autocuidado” e “empoderamento”.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa inicial sem realizar nenhum filtro foi composta por 20.776 publicações científicas (Tabela 1), a coleta de dados foi realizada através de pesquisa nas bases de dados LILACS e SciELO.

**TABELA 1.** Distribuição das produções científicas por descritores individuais. Fortaleza, 2015.

DESCRITORES	LILACS	SCIELO
Diabetes	13.819	3.372
Autocuidado	2.356	362
Empoderamento	690	177
Total	16.865	3.911

Na primeira pesquisa realizou-se o agrupamento das palavras-chave da seguinte forma: diabetes e empoderamento, diabetes e autocuidado, empoderamento e autocuidado. Após realizar o cruzamento de todos os descritores, foi gerado novo número para seleção dos artigos, totalizados em 295 (Tabela 2). Devido

ao grande número de artigos científicos encontrados, realizou-se uma amostra sistemática correspondente a 10% dos artigos encontrados após utilizar os filtros, totalizando 30 artigos.

**TABELA 2.** Bibliografia potencial por Base de dados 2005 a 2015. Fortaleza, 2015.

<b>DESCRITORES</b>	<b>LILACS</b>	<b>SCIELO</b>
Diabetes e Empoderamento	08	04
Diabetes e Autocuidado	194	68
Empoderamento e autocuidado	15	06
Total	217	78

A leitura comparativa (leitura vertical) é de extrema importância, pois ela facilita a escolha dos artigos específicos para o tema em questão que respondam a pergunta norteadora, ao término realizou-se uma leitura interpretativa.

## **Empoderamento no paciente diabético**

O ensino da saúde com vistas ao autocuidado implica imposição de estilos de vida estabelecidos desde o ponto de vista dos profissionais da saúde, como saudáveis. Os imperativos constituídos a partir da definição técnica do que seja um estilo de vida compatível com saúde são, apresentados aos sujeitos como escolhas, não obrigatórias, mas uma escolha informada. Fornecendo informações sobre saúde para que os indivíduos possam realizar suas escolhas, cientes dos prós e contras de determinadas opções, mas a escolha é, em princípio ou por princípio, livre. Mas o movimento de promoção da autonomia individual por escolha informada acaba por reduzindo as possibilidades da independência pretendida, fazendo emergir a ciência possuidora da verdade a qual não se consegue contrariar (OLIVEIRA, 2011).

Carvalho e Gastaldo (2008) neste mesmo ponto indagam que a participação comunitária nos processos decisórios, nas ati-

vidades de planejamento e na implementação das ações de saúde constitui uma das estratégias centrais da Promoção à Saúde. Esta abordagem coloca em relevo a necessidade das ações em saúde buscarem o fortalecimento da atuação dos indivíduos e dos grupos assim como do incentivo das ações que ofereçam suporte social aos coletivos comunitários, buscando estimular os processos de auto-ajuda e implementar novas práticas de Educação em Saúde.

Ideia esta que Lopes (2015), corrobora em sua pesquisa relatando que objetiva problematizar as transformações que a condição de empoderamento representa para a relação entre paciente e profissionais da saúde, assim como para a posição de todos os lados nessa relação. Testando a hipótese de que a responsabilização do indivíduo pela própria saúde representaria um incremento do individualismo sobre as relações de assistência à saúde. Sendo assim, a abordagem do empoderamento do paciente diabético abrange um conjunto de medidas que discutem formas técnicas e éticas de como deve se orientar a relação entre paciente e profissionais da saúde, podendo ser compreendida como uma proposta para melhorar a forma de relacionamento entre os pacientes diabéticos e o serviço de assistência à saúde.

Cunha, Chibante e André (2014), identificaram relação de alguns fatores sociodemográficos com o empoderamento, como: a situação na profissão, o modo como exerceu/exerce a profissão, o nível de escolaridade, isto é, os grandes industriais e comerciantes, gestores de topo de grandes empresas/administração pública, profissionais liberais.

Na pesquisa de Gomides *et al.*, (2013), a escolaridade foi diretamente relacionada ao autocuidado, ou seja, quanto mais baixa a escolaridade, menor o seu autocuidado. No que tange a desigualdade social no acesso e na utilização dos serviços da saúde está relacionada ao nível de educação das pessoas assim como

outros fatores. Ou seja, pessoas com baixa escolaridade podem apresentar maior grau de dificuldade no acesso à informação e ao processo de aprendizagem para a realização de cuidados em saúde.

Segundo Ribeiro, Rocha e Popim (2010) a efetiva rede de apoio ao idoso perpassa pela questão fundamental da comunicação, de compreender o que se diz e se fazer compreensível. Portanto nessa relação estão implícitos fatores como idade, aspecto sociocultural e condições físico-cognitivas, tendo como objetivo a promoção da saúde, é interessante que ocorra uma reorganização na dinâmica familiar, para que toda a família repense sua alimentação a fim de torná-la mais saudável e assim contribuindo, por consequência, na adaptação do portador de DM. Essa adesão da pessoa diabética ao plano terapêutico tem uma estreita relação com o apoio familiar. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o adequado suporte social ao idoso relaciona-se à redução de morbimortalidade e disfunções psicológicas, bem como ao incremento da saúde e bem-estar geral.

A proposta de trabalhar com os profissionais de saúde da atenção primária envolvendo a modalidade de oficinas educativas em diabetes, para a promoção do autocuidado, se apresentou benéfica no objetivo de gerar uma reflexão da equipe de saúde sobre a realidade vivenciada pelos usuários e do processo educativo no controle da doença, favorecendo a discussão dos desafios e dificuldades para a estruturação da prática da educação em diabetes. Se mostrando que é possível utilizar e combinar as estratégias de promoção da saúde e prevenção orientando a continuidade das ações. Evidenciou-se que a intervenção sobre as competências para o autocuidado em suas diferentes dimensões, mediante uma abordagem comunicativa dialógica foi capaz de contribuir para fortalecer o potencial reflexivo, crítico e criativo dos profissionais em suas práticas educativas (TORRES *et al.*, 2010).

O significado da categoria empoderamento vem assumindo na prática, diferentes conotações conforme os interesses em disputa e os saberes que a fundamentam. Sendo assim, o empoderamento social se coloca como forte ferramenta conceitual nas práticas de Educação em Saúde. Já na concepção da “educação empoderadora”, o profissional de saúde não deve ser um simples repassador de conhecimentos e de experiência, nem o usuário dos serviços de saúde um receptor passivo do que é transmitido, compondo uma concepção que necessita da capacidade de escuta do outro (CARVALHO e GASTALDO, 2008).

Lopes (2015) verificou que a análise da abordagem do empoderamento dos pesquisadores ligados à Universidade de Michigan, partindo das considerações dos valores do individualismo e holismo, assim como da lógica do cuidado, apresentou implicações profundas nas mudanças propostas. Mudanças que não se referem apenas à disposição para incluir práticas de cuidado, mas que necessitam da reestruturação das relações estabelecidas na prática da assistência à saúde. Este passa a ser considerado como o resultado de uma negociação entre a perspectiva biomédica do “bom cuidado” e as necessidades e objetivos do paciente.

Existem relações estatisticamente significativas em função do gênero e da idade quando levado em consideração a relação entre confiança no médico e a adesão à medicação. Onde os diabéticos homens, que apresentam confiança no seu médico, na relação e competências, aderem mais à medicação. A mesma relação não foi encontrada para mulheres. Possivelmente, devido as variáveis do médico serem relevantes nesta relação tais como o gênero e o estilo de comunicação (DA GRAÇA PEREIRA, PEDRAS e MACHADO, 2013).

Pena (2012), afirma que a educação para a autogestão na diabetes e nas doenças crônicas se assume como parte integrante

e essencial dos cuidados de saúde com qualidade, para melhor os resultados e diminuir os custos dos cuidados em saúde. Elegendo essa responsabilidade como global, sendo da sociedade, do estado, da comunidade, dos serviços e dos profissionais de saúde. E no que corresponde aos serviços de saúde, a nível dos cuidados de saúde primário, está longa do ideal. Sendo constatado que a resposta hoje existente é mais reativa do que proativa.

No qual este empoderamento, está intrinsecamente voltado às relações, seja do médico/paciente, paciente/familiar, paciente/serviços de apoio, entre outras redes relacionais que se podem tecer. O que é apontado sobre esta temática é que o indivíduo esteja ele aparecendo como usuário ou cuidador (entenda-se cuidador como todo indivíduo que cuide de alguém, profissional ou não) possui autonomia sobre seus atos, sendo “empoderado” por alguém ou não, o que os leva a cuidar-se são fatores ainda não compreendidos em sua totalidade, sem grandes interferências nas questões monetárias, visto que em pesquisas com profissionais de saúde portadores de diabetes também é existente a não adesão de certos cuidados.

## **Convivendo Com Diabetes**

Ramos e Ferreira (2011) observaram que na saúde, alguns estudos estão realizando avanços importantes quanto a identificação de necessidades associadas a doenças crônicas, como problemas psicofisiológicos e os sintomas médicos persistentes, sendo desenvolvidas avaliações para medir resultados clínicos em várias culturas, destacando a importância do sexo, da idade, da diversidade racial e étnica, a partir das mais variadas intervenções.

Em relação ao conviver com DM constata-se que a restrição alimentar é o ponto de maior repercussão. No entanto,

para os idosos do seu estudo, embora a doença faça parte do seu viver, ela não se configura como o centro de sua existência. Com isso, eles conseguem encontrar forças para vencer as restrições e as possíveis complicações decorrentes de DM2. Afinal, fica claro que o conviver com diabetes não se limita à adesão ou não ao tratamento, mas à possibilidade de ampliar o diálogo e negociação dentro de uma ética de respeito às diferenças que, expressas, poderão ser discutidas em busca de autonomia e independência no cuidado de saúde, com corresponsabilização (RIBEIRO, ROCHA e POPIM, 2010).

Costa (2014) relata que a realização de práticas educativas para usuários com diabetes, levando em consideração os pressupostos de Freire, é uma forma de permitir e colaborar para que o usuário seja realmente um agente transformador de sua realidade. É uma forma de se superar o modelo de práticas educativas, que são apenas informativas e prescritivas. É uma mudança no sentido de buscar, na relação entre os usuários com diabetes e os profissionais de saúde, uma postura dialógica de corresponsabilização e não de culpabilização do usuário por seus problemas de saúde.

A desmotivação foi considerada como um dos maiores problemas para a não adesão ao tratamento para doenças crônicas, pois, se o doente não se encontra motivado para executar cuidados relacionados ao tratamento, dificulta o andamento eficaz do tratamento e a minimização de complicações relacionadas às patologias crônicas. Essa construção da motivação intrínseca de um paciente reflete-se na importância percebida da aderência e reforça a construção de habilidades de autocuidado. Estes são os alvos do tratamento que devem ser somados, simultaneamente, com o tratamento farmacológico, tendo reflexo na melhoria da adesão (MARQUES, SILVA, COUTINHO e LOPES, 2013).

Torres, Santos e Cordeiro (2014) observaram medo, raiva, reconhecimento e aceitação quando se discorre sobre sentimentos que surgiram quando os usuários descobriram a doença e de como foi a reação diante desse primeiro contato. Sentimentos de ter que enfrentar uma doença crônica e tomar remédios para a vida toda, a necessidade de mudar hábitos de vida, da necessidade da mudança, da dificuldade que implica, a aceitação do diagnóstico e a vontade de se cuidar. Ficando claro a diversidade de sentimentos relacionados ao diagnóstico do DM.

Em consonância, os resultados de Cunha, Chibante e André (2014) evidenciam a existência de uma associação positiva entre o apoio social e o empoderamento, sendo destacado que aqueles possuintes de melhor apoio social, têm melhor empoderamento. As relações sociais que as pessoas mantêm podem facilitar ou promover comportamentos promotores e/ou protetores de saúde e que o apoio social pode ser um valioso recurso, sendo capaz de promover melhor adaptação da pessoa às limitações impostas pela diabetes.

Neste sentido, consideramos que a nova filosofia de intervenção proposta aos profissionais de saúde/ajuda como os enfermeiros, deverá sustentar-se em estratégias que promovam o empowerment das pessoas, facultando-lhes apoio informativo, emocional e instrumental que favorecem a capacitação para a autonomia e autogestão da diabetes.

A pesquisa de Hammerschmidt e Lenardt (2010) vai de encontro com a de Torres *et al.*, (2010) que apresenta em seu estudo a abordagem dialógica, que quando adotada expressou na valorização das discussões dos participantes, marcadas pela realidade vivenciada e na adoção de estratégias pedagógicas baseadas em dinâmicas de grupo, propiciando o encontro do saber técnico-científico, rompendo com o modelo tradicional de trans-

missão de informações. O aumento da prevalência do diabetes aliado à complexidade de seu tratamento, reforçam a necessidade de programas educativos eficazes e viáveis aos serviços públicos de saúde. Onde.

A relação entre adesão ao tratamento e a estrutura familiar dos participantes, demonstrou não haver diferenças estatisticamente significativas entre participantes, com relação às características sociodemográficas, quanto à adesão ao tratamento, nem correlação estatisticamente significativa entre esta e a idade e escolaridade dos pesquisados. O que leva à sugestão que outras variáveis podem estar interferindo nesta adesão desses participantes. Sendo necessário levar em consideração a importância dos fatores emocionais em indivíduos que convivem com doenças crônicas como o diabetes, oferecendo suporte emocional e treino em estratégias de enfrentamento da doença. (RAMOS e FERREIRA, 2011).

Assis Costa *et al.*, (2011), apresenta que os resultados da adesão ao tratamento do diabetes mesmo quando os pacientes são atendidos por uma equipe multiprofissional, com objetivo da abordagem de qualidade de vida deles, 20% não aderem ao tratamento por variados motivos, assim como no estudo de Baquedano *et al.*, (2010). Então, apenas a mudança do enfoque da equipe de saúde não aparenta ser suficiente, sendo necessário encontrar mecanismos negociados entre usuários dos serviços e a equipe, evitando o abandono ao tratamento e o agravamento da enfermidade.

Por certo, a convivência com diabetes, uma patologia crônica, que se não cuidada possui terríveis evoluções e cujo paciente é o maior responsável pelo seu prognóstico, existindo uma pressão muito grande em torno do acometido, que por muitas vezes é esquecido como o “ser humano” e apenas intitulado como o diabético, que não pode sair da linha do seu cuidado, mas, que cuidado seria esse, se não o cuidado com o ser possuinte de tal

patologia. Conviver com algo desconhecido em seu corpo, que a princípio não lhe parece tão ofensivo, gerando desconforto aonde quer que vá, escutar as mesmas recomendações, estas que de tanto serem expostas rapidamente, em um fluxo repentino nem se escutam mais. É necessário uma leveza maior com os pacientes em condições crônicas, não apenas jogar as recomendações ao vento e esperar que eles as peguem e resolvam aderir-las.

## **Autocuidado em Condições Crônicas**

No caso da diabetes, o cuidado da saúde representa um grande desafio porque envolve inúmeras mudanças de comportamento que a pessoa portadora de diabetes tem que integrar no seu dia a dia. A automonitorização dos níveis de glicose no sangue, adesão ao tratamento e conhecimento dos medicamentos, as verificações regulares para detectar problemas com os pés, as dietas alimentares e as atividades físicas constantes, constituem preocupações diárias (PENA, 2012).

Para Chaves, Teixeira e Silva (2013) o autocuidado é uma prática em que o paciente adquire informações que o ajudarão a cuidar de sua saúde, ele ganha com isso uma maior autonomia sobre a sua saúde, pois, ao adquirir conhecimento, ele irá desenvolver atividades diárias que trarão benefícios a si próprio. Com atitudes simples como verificar os pés, cuidados com os ferimentos, reeducação alimentar, o mesmo evitará possíveis complicações à sua saúde. O paciente passa a ter uma constante autovigilância sobre o seu corpo e sua saúde.

O cuidado empoderador se pauta na interação e participação ativa, perpassando uma aliança terapêutica entre idoso/profissional e família, aumentando as possibilidades de obtenção de sucesso nas ações realizadas. Nas atividades desenvolvidas,

devem ser estimulados os sentimentos de confiança mútua, de corresponsabilidade e de poder compartilhado, dentro de uma aliança terapêutica em busca do empoderamento dos envolvidos. Nesta aliança, os envolvidos são beneficiados pelas trocas de conhecimento e de experiência de vida (HAMMERSCHMIDT E LENARDT, 2010).

A estratégia analítica utilizada por Lopes (2015) é a consideração da proposta de empoderamento do paciente diabético como uma expressão do quadro mais amplo de sistemas de valores relacionados à responsabilização individual pela saúde, ao mesmo tempo que procura dar relevo às suas características específicas. As ideias de autonomia do paciente na gestão de seu tratamento, e de capacidade para fazer escolhas informadas, descrevem a condição do paciente empoderado, representando o avanço do individualismo nas sociedades contemporâneas, mas será de acordo com sua análise não pode-se dizer que interpretam o aumento da responsabilização do indivíduo pela própria saúde, nem responder ao impacto que o empoderamento do paciente pode ter para as relações de assistência à saúde.

Devido o diabetes ser uma doença crônica, exigindo que os pacientes mantenham um comportamento, o autocuidado por suas vidas inteiras esta condição acaba sendo um dos fatores que determinam a adesão ao tratamento. Logo, quando esta capacidade de autocuidar-se é prejudicada, uma das consequências pode ser o controle metabólico insatisfatório, sendo visto na literatura que apenas uma parte dos diabéticos procuram regularmente os serviços de saúde e destes apenas 25% a 40% deles possuem controle metabólico satisfatório (BAQUEDANO *et al.*, 2010).

Oliveira (2011), apresenta que no contexto da educação em saúde, onde o foco é o autocuidado, nada mudou tendo como partida as inovações propostas pelo movimento da promoção da

saúde e do que se convencionou chamar de “nova saúde pública”, assim denominada para enfatizar as transformações introduzidas no campo pela promoção da saúde. Apesar dos avanços propostos, permanece geralmente centrada em práticas educativas autoritárias e em saberes unilateralmente selecionados como necessários, a partir de critérios técnicos. O que é interessante nisto tudo é que, a partir do movimento da promoção da saúde, o que antes era alvo de críticas, destacando-se aí o potencial de sujeição de modelagens de educação em saúde que não reconheciam, nem valorizavam, a autonomia dos indivíduos, passou a ser aceito, sob o pretexto de que a promoção da “livre escolha” vinha ao encontro dos ideais democráticos da sociedade contemporânea. Poder levar a vida de acordo com escolhas pessoais significaria, neste contexto, assumir responsabilidades perante a sociedade e ter legitimado um status de cidadania.

O doente deve ser encorajado a participar no planeamento e na tomada de decisões acerca dos seus próprios cuidados de saúde, devendo ser-lhe dada a capacitação necessária para que o faça, hoje se vive em um mundo girando em torno de processos de globalização e neoliberalismo, sendo marcado por práticas injustas e excludentes que afetam os processos de vida e a saúde dos indivíduos. É necessário um esforço coletivo para o desenvolvimento da perspectiva da autogestão da saúde (PENA, 2012).

Ideia que Torres *et al.*, (2010) também corrobora ao mostrar que é possível utilizar e combinar estratégias de promoção da saúde e prevenção e avaliar as intervenções, orientando a continuidade das ações. A intervenção sobre as competências para o autocuidado nas diferentes dimensões, mediante uma abordagem comunicativa dialógica é capaz de contribuir para fortalecer o potencial reflexivo, crítico e criativo dos profissionais em suas práticas educativas.

Tanqueiro (2013), apresentou que os estudos analisados em sua pesquisa evidenciaram que a gestão do autocuidado consiste num processo complexo e dinâmico que deve ser incorporado na situação de vida dos idosos diabéticos, permitindo-lhes a obtenção de ganhos em saúde, nomeadamente melhoria do estilo de vida, da capacidade funcional, autonomia, controle da doença através de melhor conhecimento e compreensão.

Cyrino, Schraiber e Teixeira (2009), quando falam sobre a educação para o autocuidado e autogestão no diabetes, indicam que através das últimas pesquisas iniciou-se a dar mais ênfase às evidências, onde apenas passar informações aos pacientes não é o suficiente para garantir que os pacientes irão implementar cuidados.

É necessário o apoio informativo, emocional e instrumental para que possa favorecer a capacitação para a autonomia e autogestão da diabetes. E para que aconteça, deve-se incentivar a mudança de comportamentos, a busca de ajuda especializada por parte dos profissionais de saúde, focando o seu empenho nas boas práticas de cuidados de saúde humanizados, em calor humano, técnica e cientificamente corretos para considerar os determinantes sociais facilitadores do empoderamento/capacitação dos doentes (HAMMERSCHMIDT e LENARDT, 2010).

A forma pela qual os sujeitos entendem a realidade, é um determinante de como irá se conduzir na vida, de acordo com o que o cliente sabe de sua doença, seu real significado, seus riscos e controle de suas atitudes e estilo de vida se encaminharão para a prática no seu cotidiano. Considerou-se necessário, que o cliente saiba mais sobre a sua doença para que tome atitudes corretas facilitando o seu tratamento, pois se ele mantém um mesmo conhecimento por longo período, isso poderá acomodá-lo a respei-

to da sua condição. Sendo de grande importância a informação sobre a doença e, assim, tornem-se capacitados para lidar com ela mais ativamente (XAVIER, BITTAR e ATAIDE, 2009).

Orientar o paciente quanto à sua nova condição de saúde, limitações e tratamento dentro da perspectiva dos sentimentos é uma maneira de torná-lo responsável por sua saúde e manutenção, trazendo a compreensão que seu comportamento e estilo de vida são o ponto-chave para se obter resultados positivos com qualidade em vários aspectos. Para a realização do autocuidado é necessário o acesso às informações e de certa forma o mais importante é a incorporação do indivíduo, e a interligação do profissional sem esquecer os medos e temores que o rodeiam, pois a informação sem a adesão do paciente não se obtém o sucesso, pois usando essa ferramenta do autocuidado ao tratamento constante, gera-se qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

ASSIS COSTA, J. *et al.*, Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. **Cien. Saude. Colet.** v. 16, n. 3, p. 2001-2009, 2011.

BAQUEDANO, I.R. *et al.*, Self-Care of Patients with Diabetes Mellitus Cared for at an Emergency Service in Mexico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 6, p. 1195-1202, Dec. 2010.

BAQUEDANO, I.R. *et al.*, Fatores relacionados ao autocuidado de pessoas com diabetes mellitus atendidas em Serviço de Urgência no México. **Rev. Esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 1017-1023, Dec. 2010.

BODENHEIMER, T. *et al.*. Improving Primary Care for Patients with Chronic Illness JAMA 288. N. 14 pp.1775-1779; 2002.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CARVALHO, S.R.; GASTALDO, D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 2029-2040, 2008.

CHAVES, M.O.; TEIXEIRA, M.R.F.; SILVA, S.E.D. Percepções de portadores de diabetes sobre a doença: contribuições da Enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 66, n. 2, p. 215-221, Apr. 2013 .

CYRINO, A.P.; SCHRAIBER, L.B.; TEIXEIRA, R.R. Education for type 2 diabetes mellitus self-care: from compliance to empowerment. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, n. 30, p. 93-106, Sept. 2009.

COSTA, D.V.P. **Empoderamento na educação em grupo de diabetes na atenção primária à saúde**. 2014. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem.

CUNHA, M.; CHIBANTE, R.; ANDRE, S. Suporte social, empowerment e doença crônica. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, n. spe1, abr. 2014

DA GRAÇA PEREIRA, M.; PEDRAS, S.; MACHADO, J.C. Adaptação do questionário de confiança no médico em pacientes com diabetes tipo 2 e seus companheiros. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 26, n. 2, p. 287-295, 2013.

FORTALEZA. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA. **Boletim de Saúde de Fortaleza**. Fortaleza, v. 12, n. 1, 26 p, jan./jun. 2008.

FORTALEZA. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA. **Plano Municipal de Saúde de Fortaleza**. Fortaleza, 2008.

FREITAS M.C; MENDES, M.M.R. Condição crônica: Análise do Conceito no contexto da saúde do adulto. **Rev. Latino-am. Enfermagem** 2007 julho-agosto; 15(4).

GOMIDES, D.S. et al.,. Autocuidado das pessoas com diabetes mellitus que possuem complicações em membros inferiores. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo , v. 26, n. 3, p. 289-293, 2013.

HAMMERSCHMIDT, K.S.A.; LENARDT, M.H. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 19, n. 2, p. 358-365, June 2010.

LOPES, A.A.F. Cuidado e Empoderamento: a construção do sujeito responsável por sua saúde na experiência do diabetes. **Saude Soc.**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 486-500, 2015.

MANTOVANI, A. M.; FREGONESI, C. E. P. T.; PELAI, E. B.; MANTOVANI, A. M.; SAVIAN, N. U.;

PAGOTTO, P. Estudo comparativo das representações sociais sobre diabetes mellitus e pé diabético. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 29, n. 12, Dez. 2013.

MARCECA, M.; CICCARELLI, S. Cronico. **Care**; 3: 32-6, 2007.

MARQUES, M.B.; SILVA, M.J.; COUTINHO, J.F.V.; LOPES, M.V.O. Avaliação da competência de idosos diabéticos para o autocuidado. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 415-420, Apr. 2013 .

MEDEIROS, P.M.; ARAÚJO, L.M.N.; BRITO, F.A.P.; SALVADOR, P.T.C.O.; TOURINHO, F.S.V.; SANTOS, V.E..P. Processo de cuidar do portador de diabetes mellitus: revisão integrativa da literatura. **Com. Ciências Saúde**. v.24, n.3, p. 251-258, 2014.

MENDES, E.V. **A modelagem das redes de atenção à saúde**. Jul. 2007.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde**, p. 549, 2011.

MENDES, EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2012.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 4 ed. São Paulo – Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 2008.

OLIVEIRA, D.L.L.C. A enfermagem e suas apostas no autocuidado: investimentos emancipatórios ou práticas de sujeição? **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v.64, n.1, p.185-188, Feb. 2011. Disponível em:[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672011000100027&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000100027&lng=en&nrm=iso).

PENA, M.T. **Empoderamento da pessoa com Diabetes tipo 2.** (Dissertação de mestrado não publicada). Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde. Disponível em: <<https://repositorio.ipbeja.pt/handle/123456789/3949>>, 2012.

RAMOS, L.; FERREIRA, E.A.P. Fatores emocionais, qualidade de vida e adesão ao tratamento em adultos com diabetes tipo 2. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolv. Hum.**, São Paulo, v. 21, n. 3, 2011.

RIBEIRO, J.P.; ROCHA, S.A.; POPIM, R.C. Idosos portadores de diabetes: qualidade de vida. **Esc. Anna Nery(impr.)** out-dez; 14 (4):765-771, 2010.

STARFIELD, B. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde, 2002.

TANQUEIRO, Maria Teresa de Oliveira Soares. A gestão do autocuidado nos idosos com diabetes: revisão sistemática da literatura. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, v. serIII, n. 9, mar. 2013.

TORRES, H.C. *et al.*, Capacitação de profissionais da atenção primária à saúde para educação em Diabetes Mellitus. **Acta Paul Enferm**, v. 23, n. 6, p. 751-6, 2010.

TORRES, H.C.; SANTOS, L.M.; CORDEIRO, P.M.C.S. Visita domiciliária: estratégia educativa em saúde para o autocuidado em diabetes. **Acta Paul Enferm**, v. 27, n. 1, p. 23-8, 2014.

XAVIER, A.T.C.; BITTAR, D.B.; ATAIDE, M.B.C. **Crenças no autocuidado em diabetes:** implicações para a prática. *Texto contexto - enferm.* [online]. 2009, vol.18, n.1, pp. 124-130. ISSN 1980-265X.

## CAPÍTULO 5

# COMPORTAMENTO ALIMENTAR DE ADULTOS JOVENS ESCOLARES COM EXCESSO PONDERAL EM UM MUNICÍPIO DO NORDESTE BRASILEIRO

Jair Gomes Linard<sup>1</sup>

Irialda Saboia Carvalho<sup>3</sup>

Raquel Sampaio Florêncio<sup>4</sup>

Thereza Maria Magalhães Moreira<sup>5</sup>

Laryssa Veras Andrade

### INTRODUÇÃO

O estilo de vida da atualidade configura-se como um somatório dos maus hábitos alimentares, das atividades laborais com pouco esforço físico e que ocupam todo o dia, da oferta abundante de alimentos industrializados e de baixo custo que substituem a alimentação saudável, além de outras transformações socioeconômicas que, juntos, contribuem positivamente para o quadro de excesso ponderal instaurado na sociedade (GOMES, 2010).

O ritmo de vida contemporâneo, o consumismo e a mídia convidam a uma omissa e curiosa relação de prazer e riscos para os jovens, tornando corriqueira sua vulnerabilidade ao excesso ponderal (BRANDÃO *et al.*, 2004; LIRA *et al.*, 2006), pois, embora os genes desempenhem importante papel na determinação da ingestão alimentar e metabolismo energético, o estilo de vida

(comportamento) e os fatores ambientais podem representar o papel dominante em muitas pessoas com excesso ponderal.

O ambiente moderno é um potente estímulo à obesidade. Neste ínterim, a diminuição dos níveis de atividade física, caracterizando o sedentarismo, e o aumento da ingestão calórica são os fatores determinantes ambientais mais fortes. Esta transição nutricional, com diminuição dos índices de desnutrição e aumento dos casos de obesidade, bem como o comportamento alimentar anormal estão associados a mudanças nos padrões de consumo dos alimentos (BRASIL, 2006; GIGANTE, 2004; GUYTON; HALL, 2006).

A perda/controle do peso se apresenta como um dos maiores desafios às pessoas em todo o mundo, pois o estilo de vida urbano favorece o consumo de alimentos pouco saudáveis (OLIVEIRA; NOGUEIRA, 2010). Assim, estima-se que, atualmente, os gastos com internações hospitalares, consultas, medicação e cirurgia para o tratamento da obesidade e suas comorbidades já consomem 12% do orçamento destinado à saúde. Portanto, há necessidade da avaliação e monitoramento de ações de controle e prevenção deste agravo (ANJOS, 2006; LIMA; SAMPAIO, 2007).

O excesso ponderal (EP) é um dos principais fatores de risco para hipertensão arterial, hipercolesterolemia, diabetes melítus, doenças cardiovasculares e algumas formas de câncer. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a obesidade e a hipertensão arterial são os dois principais responsáveis pela maioria das mortes, e doenças em todo mundo (FELIPPE; SANTOS, 2004; FERREIRA; MAGALHÃES, 2006). O EP é conceituado como o armazenamento excessivo de gordurano organismo, estando associado a riscos para a saúde, devido sua relação com várias complicações metabólicas (ABESO, 2010; BRASIL, 2014;

OLIVEIRA; MARTINS, 2013; WHO, 1995).

Tendo em vista que mais da metade da população em geral está acima do peso e mais de um terço dos adultos jovens escolares apresentam excesso ponderal, torna-se necessário que profissionais da saúde trabalhem com esses escolares por meio de práticas educativas de controle do peso, visando evitar futuras complicações na saúde dessa população (BRASIL, 2014).

O estudo torna-se relevante por pretender mostrar se esses jovens estão aderindo a práticas alimentares saudáveis, pois já têm uma condição crônica instalada, o que torna essencial estarem cientes de que devem ter maior preocupação com sua saúde. Dessa forma, o objetivo da pesquisa foi descrever o comportamento alimentar de adultos jovens escolares com excesso ponderal em Fortaleza-Ceará-Brasil.

Trata-se de um estudo transversal, realizado com 381 adultos jovens escolares. Segundo a Organização Mundial de Saúde -OMS e o marco legal brasileiro, adultos jovens são pessoas na faixa etária de 20 a 24 anos (BRASIL, 2007; OMS/OPAS, 2005). O estudo foi realizado em Fortaleza-Ceará-Brasil, mais especificamente, nas escolas sob a responsabilidade da Secretaria Estadual de Educação do Ceará (SEDUC). A coleta de dados ocorreu nos meses de fevereiro a maio de 2014 e foi realizada em duas fases. Na primeira fase ocorreu a sensibilização e seleção das escolas. A segunda fase abrangeu o preenchimento de um questionário com itens referentes às características sociodemográficas e comportamentais.

Após a coleta de dados, as informações foram registradas em um banco de dados no programa estatístico *International Business Machines Statistics Package Social Science versão 20.0* (IBM SPSS 20.0).

Foram **calculadas as medidas estatísticas descritivas**, considerando as frequências absolutas e relativas referentes às características sociodemográficas (sexo, idade, raça, renda familiar e situação conjugal) e características relacionadas ao comportamento alimentar (realização de dieta, tipos de óleos e leite, adição de sal na alimentação, utilização de alimentos industrializados, ingestão de suco de frutas, realização de dieta balanceada e a ingestão em excesso de açúcar, sal, gordura animal, bobagens e/ou salgadinhos).

**Em seguida, verificou-se a existência de associação entre o sexo e as características relacionadas ao comportamento alimentar por meio do teste qui-quadrado**, considerando-se o nível de significância de 5%.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará no parecer de nº 263.271/2013 e teve o compromisso de seguir os princípios éticos em todas as fases do estudo, de acordo com o preconizado pela Resolução Nº 466/2012 (BRASIL, 2012). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), aceitando fazer parte da pesquisa.

## **RESULTADOS**

Quanto às características sociodemográficas (tabela 1), têm-se frequências das variáveis sexo, idade, raça, estado civil, renda familiar e situação conjugal.

**TABELA 1.** Características sociodemográficas de escolares adultos jovens com excesso ponderal (n=381) de Fortaleza-Ceará-Brasil, 2014.

VARIÁVEIS	F	%
Sexo		
Masculino	159	41,7
Feminino	222	58,3
Raça		
Branca	57	15,0
Parda	252	66,1
Negra	52	13,6
Indígena	9	2,4
Amarela	11	2,9
Estado Civil		
Solteiro	274	71,9
Casado	48	12,6
União estável	53	13,9
Separado	2	0,5
Viúvo	2	0,5
Renda mensal da família (SM)		
Não informado	278	73,0
Até 2 SM	172	45,1
Mais de 2 SM	106	27,8

f: Frequência absoluta; %: Frequência relativa; SM: Salário mínimo (R\$ 724,00 vigente em 2014). Fonte própria.

De acordo com o exposto na Tabela 1, verificou-se que grande parte dos estudantes com excesso de peso era do sexo feminino (58,3%), a grande parte referiu ser da raça parda (66,1%), a maioria estava solteiro (71,9%) e quase a metade (45,1%) possuía renda familiar de até 2 salários mínimos.

Em relação ao sexo, alguns estudos trazem que o excesso de peso foi maior em mulheres, mas isso varia com a faixa etária e a região brasileira. Todavia, verifica-se tendência de os homens apresentarem maior risco de excesso de peso em relação às mulheres, quando comparadas algumas regiões. No Sudeste, há maior proporção de homens com excesso de peso do que no Nordeste, por exemplo (HOLANDA *et al.*, 2011; MORAES; HUMBERTO; FREITAS,

2011; PINHO *et al.*, 2011). Em algumas regiões brasileiras, o excesso de peso foi maior naqueles com renda maior (HOLANDA *et al.*, 2011; PINHO *et al.*, 2011), seguindo o verificado em outros países. Porém, existem estudos que encontram excesso de peso naqueles com renda média menor (AMER; MARCON; SANTANA, 2011; MORAES; HUMBERTO; FREITAS, 2011).

Em relação às características relacionadas ao comportamento alimentar, foram abordadas as seguintes variáveis: realização de dieta, tipos de óleos ou gordura mais utilizados para o preparo da comida em casa, tipo de leite, adição de sal na alimentação, utilização de alimentos industrializados, ingestão de suco de frutas, realização de dieta balanceada e a ingestão em excesso de açúcar, sal, gordura animal, bobagens e/ou salgadinhos (Tabela 2).

**TABELA 2.** Características relacionadas ao comportamento alimentar de escolares adultos jovens com excesso ponderal (n=381) de Fortaleza, Ceará, Brasil, 2014.

Variáveis	f	%
<b>Realiza dieta</b>		
Sim	125	32,8
Não	256	67,2
<b>Tipo de óleo/gordura</b>		
Óleo	261	68,5
Azeite	48	12,6
Margarina light	14	3,7
Margarina comum	110	28,9
Banha de porco	10	2,6
Manteiga	95	24,9
<b>Tipo de leite</b>		
Leite in natura	51	13,4
Leite pasteurizado	43	11,4
Leite integral	219	57,5
Leite semidesnatado	13	3,4
Leite desnatado	36	9,4

Não tomo leite	1	14,2
<b>Adição de sal a comida à mesa</b>		
Nunca	132	34,6
Quando não suficientemente salgada	175	45,9
Sempre	64	16,8
Não preenchido	10	2,6
<b>Uso alimentos industrializados</b>		
Sim	228	59,8
Não	5	1,3
Não preenchido	148	38,8
<b>Tomo suco de frutas</b>		
Sim	248	65,1
Não	133	34,9
<b>Como uma dieta balanceada</b>		
Quase Nunca	118	31,0
Raramente	82	21,5
Algumas vezes	107	28,1
Com relativa frequência	32	8,4
Quase sempre	36	9,4
Não preenchido	6	1,6
<b>Como em excesso açúcar, sal, gordura animal, bobagens e salgadinhos</b>		
<b>e/ou salgadinhos</b>		
Nenhum	36	9,4
1 item	77	20,2
2 itens	101	26,5
3 itens	72	18,9
4 itens	93	24,4
Não preenchido	2	0,5

**Fonte:** Elaborado pelos autores deste estudo.

Na Tabela 2, é possível visualizar as características relacionadas ao comportamento alimentar dos escolares com excesso de peso. Observa-se que grande parte (67,2%) não realiza dieta e que o óleo e o leite integral são os mais utilizados pelos jovens

(68,5%; 57,5%). Em relação à adição de sal à mesa, quase a metade (45,9%) adiciona sal quando a comida não está suficientemente salgada, mais da metade (59,8%) consome frequentemente alimentos industrializados, um terço (31,0%) quase nunca come dieta balanceada e apenas 9,4% dos estudantes não consomem em excesso açúcar, sal, gordura animal e/ou salgadinhos.

A pesquisa que investigou os hábitos alimentares evidenciou que mulheres que adotavam dieta apresentavam prevalência mais elevada de excesso de peso (RP: 1,64; IC%: 1,23-2,19) do que aquelas que não seguiam nenhum tipo de dieta (OLIVEIRA *et al.*, 2009). Nos homens, a realização de três ou menos refeições/dia associou-se significativamente ao excesso de gordura abdominal (RP: 3,53; IC%: 1,33-9,34). A adoção de dietas necessita ser acompanhada por profissionais da área de saúde (nutricionais, educador físico e enfermeiros), pois existe na sociedade a tendência para a adoção de dietas prontas divulgadas nos meios de comunicação que não necessariamente atendem às necessidades e ao perfil clínico do paciente. Esse tipo de dieta, em médio prazo, poderá colocar em risco a vida do indivíduo e desencadear doenças.

Para verificar a associação entre sexo e características relacionadas ao comportamento alimentar dos escolares com excesso de peso, as variáveis adição de sal à mesa, como uma dieta balanceada e como em excesso açúcar, sal, gordura animal e salgadinhos foram transformados em variáveis dicotômicas. Na variável adição de sal à mesa, foram agrupadas em sim (quando a comida não está suficientemente salgada e sempre) e não (nunca). Para a variável como uma dieta balanceada, as respostas foram agrupadas em sim (com relativa frequência e quase sempre) e não (quase nunca, raramente e algumas vezes). Já para a variável como em excesso açúcar, sal, gordura animal e salgadinhos, os itens que apresentaram uma ou mais opções foram agrupadas em sim e a resposta nenhum ficou como não (tabela 3).

**TABELA 3.** Associação entre gênero e as características relacionadas ao comportamento alimentar de escolares adultos jovens com excesso ponderal (n=381) de Fortaleza, Ceará, Brasil, 2014.

VARIÁVEIS	SEXO				P*
	MASC.		FEM.		
	f	%	f	%	
<b>Realiza dieta</b>					
Sim	30	24,0	95	76,0	0,00*
Não	129	50.4	127	49,6	
<b>Tipo de óleo/gordura</b>					
Óleo	103	39,5	158	60,5	0,18
Azeite	14	29,2	34	70,8	0,06
Margarina light	7	50,0	7	50,0	0,52
Margarina comum	45	40,9	65	59,1	0,84
Banha de porco	4	40,0	6	60,0	0,91
Manteiga	41	43,2	54	56,8	0,74
<b>Tipo de leite</b>					
Leite in natura	28	54,9	23	45,1	0,04*
Leite pasteurizado	24	55,8	19	44,2	0,05
Leite integral	86	39,3	133	60,7	0,26
Leite semidesnatado	8	61,5	5	38,5	0,146
Leite desnatado	13	36,1	23	63,9	0,47
Não tomo leite	22	40,7	32	59,3	0,87
<b>Adição de sal a comida à mesa</b>					0,27
Sim	77	38,5	123	61,5	
Não	27	46,6	31	53,4	
<b>Uso de alimentos industrializados</b>					0,35
Sim	90	39,5	138	60,5	
Não	3	60,0	2	40,0	
<b>Tomo suco de frutas</b>					0,746
Sim	105	42,3	143	57,7	
Não	54	40,6	79	59,4	
<b>Como uma dieta balanceada</b>					0,03*
Sim	119	38,8	188	61,2	
Não	36	52,9	32	47,1	
<b>Como em excesso açúcar, sal, gordura animal e salgadinhos</b>					0,72
Sim	142	41,4	201	58,6	
Não	16	44,4	20	55,6	

\*p: nível de significância do teste qui-quadrado;

Fonte: Elaborado pelos autores.

Na análise da associação, apenas as variáveis “realiza dieta” e “leite in natura” e “como uma dieta balanceada” apresentaram associação estatística significativa com sexo. O comportamento alimentar foi diferente entre os sexos, fato que corrobora com outros estudos em diferentes faixas etárias, onde desde a adolescência já se percebe essa distinção. Segundo Godoy *et al.*, (2006), os adolescentes do sexo masculino apresentaram média de pontos relacionados ao Índice de Qualidade da Dieta (IQD) superior ao sexo feminino. As médias para a pontuação dos componentes do IQD apresentaram-se baixas (<5) para hortaliças, frutas e leite e derivados; e elevadas (>7) para cereais, pães e raízes; carnes e ovos; e colesterol, independentemente do sexo. Entretanto, os adolescentes do sexo masculino apresentaram maior pontuação dos seguintes componentes: cereais, pães e raízes, hortaliças; leguminosas, e variedade da dieta, enquanto que para sódio ocorreu o inverso.

Fatores associados à realização de dietas para emagrecer também foram avaliados segundo o sexo, cujas diferenças também foram significativas. Percebeu-se que as mulheres que realizaram dieta apresentaram prevalência mais elevada de excesso de peso (RP: 1,64; IC%: 1,23-2,19) do que aquelas que não praticavam nenhum tipo de dieta (OLIVEIRA *et al.*, 2009). No caso dos homens, a realização de três ou menos refeições/dia associou-se significativamente ao excesso de gordura abdominal (RP: 3,53; IC%: 1,33-9,34).

Apesar da associação entre sexo e variáveis relacionadas ao comportamento alimentar ser nítida, é importante observar que outros fatores podem interferir nesse aspecto, ratificando a necessidade de discutir essa problemática a partir de aspectos individuais, sociais e relacionados aos serviços de saúde.

## CONCLUSÃO

Os adultos jovens em excesso de peso são, em sua maioria, mulheres, pardas, solteiras, com baixa renda familiar e apresentam comportamento alimentar que pode comprometer a saúde desses jovens em idades posteriores. Ademais, verifica-se que fazer dieta para emagrecer, tomar leite in natura e dieta balanceada dependem do sexo. Dessa forma, percebe-se que o comportamento alimentar está relacionado ao sexo e também a diversos fatores, principalmente sociais e culturais que influenciam o padrão alimentar de homens e mulheres, sendo, portanto, importante que costumes e crenças, por exemplo, sejam avaliados posteriormente.

## REFERÊNCIAS

ABESO. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. Posicionamento Oficial da ABESO/ SBEM – 2010. **Atualização das diretrizes para o tratamento Farmacológico da obesidade e do sobrepeso**. Edição especial, out. 2010.

AMER, N.M.; MARCON, S.S.; SANTANA, R.G. Índice de Massa Corporal e Hipertensão Arterial em Indivíduos Adultos no Centro-Oeste do Brasil. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 96, n. 1, p. 47-53, 2011.

ANJOS, L.A. **Obesidade e saúde pública**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. (Coleção Temas em Saúde).

BRANDÃO, A.A. *et al.*,. Prevenção de doença cardiovascular: a aterosclerose se inicia na infância? **Rev. SOCERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 37-44, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Obesidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

FELIPPE, F.; SANTOS, A.M. Novas demandas profissionais: obesidade em foco. **Revista da ADPPUCRS**, v.5, n.1, p.63-70, 2004.

FERREIRA, V.A.; MAGALHÃES, R. Obesidade no Brasil: tendências atuais. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v.24, n.2, p.71-78, 2006.

GIGANTE, D.P. *et al.*. Consumo alimentar de famílias de baixa renda no município de Piracicaba/SP. Saúde em revista: **Segurança Alimentar e Nutricional**, v.6, n.13, mai/ago, 2004.

GODOY, Fernanda de Ciccio *et al.*. Índice de qualidade da dieta de adolescentes residentes no distrito do Butantã, município de São Paulo, Brasil. **Rev. Nutr., Campinas**, v. 19, n. 6, p. 663-671, Dec. 2006.

GOMES, E.B. **Análise do risco cardiovascular em escolares adultos jovens de Juazeiro do Norte-Ceará**. Dissertação (Mestrado). Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde. Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde. 100 f. Fortaleza, 2010.

GUYTON, A.C.; HALL, J.E. **Tratado de Fisiologia Médica**. 11<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro, Elsevier, 2006.

HOLANDA, L.G.M. *et al.*. Excesso de peso e adiposidade central em adultos de Teresina-PI. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 57, n. 1, p. 50-5, 2011.

LIMA, L.P; SAMPAIO, H. A. C. Caracterização socioeconômica, antropométrica e alimentar de obesos graves. **Cienc. Saúde Coletiva**. v.12, n.4, p.1011-1020, 2007.

LIRA, M.T. *et al.*. Prevención cardiovascular y actitud de cambio frente a los factores de riesgo: um análisis crítico del estado actual. **Rev. Med. Chile**, Santiago, v. 134, n. 2, p. 223-230, 2006.

MORAES, S.A.; HUMBERTO, J.S.M.; FREITAS, I.C.M. Estado nutricional e fatores sociodemográficos em adultos residentes em Ribeirão Preto, SP, 2006. Projeto OBEDIARP. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 14, n. 4, p. 662-76, 2011. OLIVEIRA, A.F.C.;

NOGUEIRA, M.S. Obesidade como fator de risco para a hipertensão entre profissionais de enfermagem de uma instituição filantrópica. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 44, n. 2, p. 388-394, 2010.

OLIVEIRA, G.M.M.; MARTINS, W.A. O Preço da Obesidade. **Rev Bras. Cardiol.** v. 26, n.4, p. 238-40, jul/ago, 2013.

OLIVEIRA, L.P.M. *et al.*, Fatores associados a excesso de peso e concentração de gordura abdominal em adultos na cidade de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 570-82, mar, 2009.

PINHO, C.P.S. *et al.*, Excesso de peso em adultos do Estado de Pernambuco, Brasil: magnitude e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 12, p 2340-50, dez, 2011.

SERRA, G.M.A; SANTOS, E.M. Health and media in construction of obesity and perfect body. **Cienc. Saúde Coletiva**, v. 8, n. 3, p.691-701, 2003.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Physical status:** the use and interpretation of anthropometry. Geneva: WHO, 1995. WHO Obesity Technical Report Series, n.854.

## CAPÍTULO 6

# COMPREENSÕES ACERCA DOS PROBLEMAS RELACIONADOS AO USO DE *CRACK* E ASSISTÊNCIA AOS USUÁRIOS NA PERSPETIVA DOS TRABALHADORES DE SAÚDE DOS CAPS AD E DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Lourdes Suelen Pontes Costa  
Aline Teles de Andrade  
Thalita Soares Rimes  
Nara Albuquerque Góes  
Paulo Henrique Dias Quinderé  
Maria Salete Bessa Jorge

### INTRODUÇÃO

A partir da década de 2000 começam haver transformações na forma de cuidar das pessoas com problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas, comumente chamadas de drogas. Com a implantação da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, lançada pelo Ministério da Saúde em 2003 que versa sobre a assistência dos usuários e com a Portaria nº 1.059, de 2005 que prevê incentivo financeiro para o fomento de ações de redução de danos em Centros de Atenção Psicossocial para o Álcool e outras Drogas – CAPS AD, há uma reformulação nas práticas dos trabalhadores de saúde para o cuidado aos usuários de drogas (BRASIL, 2011).

Segundo as normativas, os Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPS AD) são serviços estratégicos no processo de implementação da atenção em saúde mental no território, para usuários de álcool e outras drogas.

Dentre as substancias psicoativas consumidas, merece destaque o *crack* seja pelo grande poder de dependência que associam a esta substancia, seja pela exclusão social que esta pode causar em seus consumidores.

O *crack* em sua forma fisicoquímica, é um substrato do cloridrato de cocaína (pó), que ao passar pelo processo de diluição e aquecimento transforma-se em uma substância sólida, conhecida como “pedra de *crack*” (QUINDERÈ; JORGE, 2013).

Em relação aos efeitos do uso do *crack*, observa-se que são complexos e afetam a saúde e qualidade de vida de usuários, familiares e da sociedade; por isso o uso da droga é considerado um problema de saúde pública (AZEVEDO; MIRANDA, 2010).

Dessa forma, o cuidado a usuários de *crack*, álcool e outras drogas tem ganhado esforços governamentais, como a proposta da Rede de Atenção Psicossocial que amplia e diversifica os serviços direcionados aos usuários. Essa Rede surge com o propósito de ampliar o acesso da população em serviços de saúde, promover a articulação e a integração entre seus pontos de atenção no território, além de estimular a vinculação destes, com os usuários, sendo constituída por seis componentes de atenção à saúde, atenção residencial de caráter transitório, atenção psicossocial especializada e atenção básica à saúde, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossociais, os quais possuem equipamentos com funções e objetivos diversificados conforme as respectivas abordagens exijam (BRASIL, 2011).

Percebe-se, no entanto, que os serviços de saúde ainda têm enfrentado dificuldades em acolher essa demanda, dado o aumento dos problemas relacionados ao consumo de *crack* e outras drogas. A pesquisa realizada pela FIOCRUZ revela que o CAPS AD era acessado por somente 6,3% dos usuários entrevistados (BRASIL, 2013).

Estudo realizado no município de Porto Alegre – RS avaliou o atendimento de usuários de drogas na perspectiva dos trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família, desvelando que havia (des)conexões do serviço com outros pontos de atenção de saúde mental no município estudado, além de ter evidenciado a supervalorização do serviço especializado e a precariedade na oferta de ações voltadas ao atendimento dos usuários de drogas no território (SCHNEIDER *et. al*, 2013).

Essas dificuldades e contradições vêm ganhando relevo e se expressando no cotidiano do próprio trabalho, procedimentos e condutas dos serviços (MONTANARI, 2009). Impõe-se, assim, como desafio para os profissionais abordar de forma dinâmica e integral os diferentes aspectos constituintes do processo do uso problemático de drogas.

No entanto, a necessidade de compreender de forma complexa esse fenômeno esbarra, muitas vezes, na formação tradicional que a maioria deles tem durante seu processo de profissionalização (GALLASI; SANTOS, 2013). Percebe-se, então, no âmbito da saúde, que a formação profissional para atuação com os problemas advindos do uso de drogas é deficitária, baseada no saber médico, enfocando a dependência e não priorizando a prevenção (KANNO; BELLODI; TESS, 2012).

Dessa forma, percebe-se ainda a presença do paradigma no qual prevalece uma visão sobre as drogas como um mal à socieda-

de, onde a experiência com a droga, outrora com múltiplos significados, ganha um caráter negativo de degradação e destruição e o usuário é visto como marginal e/ou doente. Essa perspectiva tem um forte alinhamento moral, onde o usuário de drogas, e fala-se em especial do *crack*, é marginalizado e visto como sujeito perigoso à sociedade. Diante dessa visão, constituem-se práticas de isolamento e que fortalecem o estigma e marginalização do usuário.

Diante deste cenário, o estudo tem como objetivo compreender o cuidado ofertado aos usuários de *crack* na perspectiva dos trabalhadores de saúde dos CAPS AD e da Atenção Primária à saúde de Fortaleza-CE. Este estudo vem a contribuir para identificar possíveis fragilidades na assistência aos usuários de *crack* na rede de saúde e apontar caminhos para atenção integral e singular a estes usuários.

## **METODOLOGIA**

A pesquisa caracteriza-se por apresentar uma abordagem qualitativa numa perspectiva de compreensão das experiências de cuidado no campo da saúde mental e da saúde coletiva. Ainda é possível, por meio desta opção, dimensionar a compreensão dos significados, dos sentidos, das intencionalidades e das questões subjetivas inerentes aos atos, às atitudes, às relações e às estruturas sociais, conforme sinaliza Minayo (2013, p. 21) “[...] o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, [...] que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”.

Pope e Mays (2009) enfatizam que a pesquisa qualitativa está relacionada aos significados que as pessoas atribuem às suas

experiências do mundo social e à maneira como compreendem este mundo. Busca, assim, interpretar os fenômenos sociais (interações, comportamentos etc.), em termos dos sentidos que as pessoas lhes atribuem; em função disso, é comumente referida como pesquisa interpretativa.

A construção do estudo exigiu a utilização de um conjunto de instrumentos e técnicas que possibilitasse a investigação científica do objeto de pesquisa indagado. Assim, foi utilizada como técnica de coleta de dados, a entrevista semiestruturada, contendo um roteiro relacionado às compreensões acerca do uso de *crack* e quanto às compreensões sobre a assistência aos usuários desta substância. A entrevista semiestruturada permite ao entrevistado a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada (MINAYO, 2010). Utilizou-se junto às entrevistas um questionário com o objetivo de investigar o perfil sociodemográfico dos trabalhadores que assistem a estes usuários de *crack* de ambas regionais de saúde.

O cenário onde ocorreu a pesquisa foi o município de Fortaleza-Ceará, mais especificamente, em duas regiões da cidade, nas Secretarias Executivas Regional (SER) IV e V. O período de coleta foi de dezembro de 2011 a maio de 2012.

Os sujeitos da pesquisa foram: **Grupo 1:** trabalhadores dos CAPS AD SER IV e V, tanto profissionais de nível superior quanto trabalhadores de nível médio que compõem a equipe de apoio e **Grupo 2:** trabalhadores de quatro unidades básicas de saúde (Centro de Saúde da Família Projeto Nascente e Centro de Saúde da Família Dr. Roberto da Silva Bruno da SER IV; e Centro de Saúde da Família José Paracampos e Centro de Saúde da Família Pedro Celestino. Foram entrevistados 32 trabalhadores que compõem estes serviços.

Para a análise dos dados, houve a sistematização das informações apreendidas no questionário que culminou com construção do perfil sociodemográfico desses trabalhadores disposto em uma tabela e entrevistas forma analisadas sob a luz da hermenêutica, conforme direciona Minayo (2010): ordenação dos dados para elaboração de um mapa horizontal das descobertas no campo, buscando homogeneidades e diferenciações entre os subconjuntos criados a partir dos achados; classificação de dados, na qual ocorre a leitura horizontal e transversal dos textos; e por fim análise final, em que se realiza o movimento do teórico para o empírico e vice-versa.

Mediante ao que os dados empíricos apontaram e a partir dos objetivos do estudo, foram propostos dois tópicos a serem analisados: A compreensão dos trabalhadores acerca do uso de *crack* e as compreensões dos trabalhadores em relação à assistência aos usuários de *crack* na rede de saúde.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, N. do processo 11583129-0 tendo sido aprovada para fins de sua realização, de acordo com as normas do mencionado comitê. Todos os sujeitos só participaram da pesquisa após assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido. Não houve nenhuma recusa por parte dos participantes. Resguardou-se o respeito à autonomia, à beneficência, à não-maleficência e à justiça.

## **RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Os dados socio demográficos demonstraram que este grupo de trabalhadores pesquisados consistia na sua maioria de pessoas do sexo feminino (69%), apresentando faixa etária de 30 a 39 anos (41,4%), enfermeiras (48,10%), com algum tipo de especialização (54,8%) e formadas a mais de 10 anos (46,10%).

Quanto ao tempo de trabalho nas instituições investigadas, a maior parte dos trabalhadores entrevistados possui de 5 a 6 anos (40,62%) de atuação nos serviços, concernente ao vínculo empregatício, a maioria possui garantias trabalhistas, seja através da CLT (68,80%) ou através do funcionalismo público (28,10%). No que se refere a renda salarial dos trabalhadores entrevistados, na sua maioria, é de quatro salários mínimos ou mais (34,40%).

Assim, constata-se que é um grupo de trabalhadores com uma relativa experiência profissional, atuando nos respectivos serviços a pelo menos 5 anos, portanto um grupo que tem conhecimento do funcionamento e dos fluxos assistenciais existentes nos seus respectivos territórios de atuação. Assim, constitui-se um grupo representante, do ponto de vista de acúmulo de experiência, para respaldar o estudo empiricamente nas discussões a seguir.

**TABELA 1.** Aspectos sociodemográficos dos trabalhadores de saúde e que assistem os usuários de *crack*, Fortaleza, 2012.

VARIÁVEIS SOCIO DEMOGRÁFICAS	N	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	10	31%
Feminino	22	69%
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100%</b>
<b>Faixa etária</b>		
20-29	06	18,75%
30-39	12	37,50%
40-49	08	25,00%
50 anos acima	03	9,37%
Não informou	03	9,37%
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100%</b>
<b>Profissão</b>		
Enfermeiro	09	28,10%
Terapeuta Ocupacional	04	12,50%
Psicólogo	03	9,40%
Assistente social	03	9,40%

Pedagogo	02	6,30%
Médico	01	3,10%
Fonoaudiólogo	01	3,10%
Fisioterapeuta	01	3,10%
Educador físico	01	3,10%
Auxiliar de enfermagem	04	12,50%
Agente comunitário de saúde	01	3,10%
Agente administrativo	02	6,30%
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100%</b>
<b>Tempo de Formado</b>		
Menos de 1 Ano	02	6,25%
01 - 02 anos	03	9,37%
03 - 07 anos	06	18,75%
08 - 09 anos	03	9,37%
Acima de 10 anos	12	37,5%
Não informou	06	18,75%
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100%</b>
<b>Pós-graduação</b>		
Não possui	13	40,62%
Especialização	17	53,12%
Mestrado	02	6,25%
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100%</b>
<b>Tempo de atuação no serviço</b>		
Menos de 1 ano	05	15,62%
De 01 a 04 anos	10	31,25%
De 05 a 06 anos	13	40,62%
Acima de 07 anos	01	3,12%
Não informou	03	9,37%
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100%</b>
<b>Renda</b>		
Até 01 salário mínimo	04	12,50%
De 01 a 02 salários mínimos	09	28,10%
De 02 a 04 salários mínimos	08	25,00%
Mais de 04 salários mínimos	11	34,40%
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100%</b>
<b>Vínculo empregatício</b>		
CLT	22	68,80%
Funcionário público	09	28,10%
Outros	01	3,10%
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100%</b>

## COMPREENSÕES DOS TRABALHADORES DE SAÚDE ACERCA DO USO DO *CRACK*: ENTRE O DESVIO E A DOENÇA.

Esta categoria versa sobre as compreensões dos trabalhadores em relação ao consumo do *crack*, a partir de suas experiências nos serviços que estão inseridos.

O uso do *crack* como doença corresponde a um desvio da condição “normal” de funcionamento. Dessa forma, assim, como em outras moléstias não basta somente buscar a cura biológica, mas é necessário desenvolver meios cada vez mais eficazes visando ao controle social destas doenças, ao mesmo tempo em que se propunha um tratamento moral para os membros.

Dentro dessa perspectiva a Medicina em consonância com essa lógica normativa do Estado Moderno e da Guerra às Drogas, nomeia e classifica os comportamentos desviantes. Dessa forma, identificam-se doenças relacionadas ao uso de drogas na Classificação Internacional das Doenças (CID - 10) da Organização Mundial da Saúde (OMS), que nomeia a “farmacodependência como um transtorno crônico e recorrente, ocorrendo muitas vezes com outras afecções físicas e mentais” (OMS, 2004, p. 33).

Ademais, há uma sustentação dos ideais proibicionistas por meio dos pilares sanitário e criminológico, ou seja, pela busca incessante (‘moralizada’) da saúde, pela ‘desmoralização’ jurídico-policial do usuário de drogas e, com maior intensidade, pela ‘demonização’ da substância em si (ALARCON, 2012).

A partir dessas perspectivas, foram elaboradas propostas de enfrentamento ao problema das drogas, na quais foram estabelecidos modelos burocráticos institucionais e legislações específicas e rigorosas para o controle da produção, do comércio e do uso de determinadas substâncias. Para reformar essas medidas, o sistema médico ressaltou as consequências provocadas para a saúde

do indivíduo, principalmente nos casos de dependências, e dos perigos para a sociedade. Tais medidas concorreram para o estabelecimento da construção do “problema das drogas”, com ênfase no campo da criminalização, visto como o dispositivo capaz de defender a sociedade, e que considerou o uso de algumas drogas como desvio e/ou transgressão da norma. Além disso, no âmbito da medicalização, o usuário dessas substâncias foi considerado portador de doenças mentais (MEDEIROS, 2014).

Assim, houve uma tentativa de destacar, tanto do ponto de visto jurídico como médico, o indivíduo que faz uso de drogas como o desviante dos modelos de normalidade, enquadrando-o como infrator ou como enfermo.

Medeiros (2014) considera que intenção de “criar” o desviante é intencional e nelas estão envolvidos necessariamente aspectos políticos, isso pode ser melhor explicado por Becker (2009, p.19) que, ao estudar a categoria *outsiders*, considera que:

Os grupos sociais criam o desvio ao fazer as regras cuja infração constitui o desvio e ao aplicar tais regras a certas pessoas em particular, qualificam-nas de *outsiders*. Desse ponto de vista, o desvio não é uma qualidade do ato cometido pela pessoa, mas uma consequência da aplicação que outros fazem.

Por meio deste, percebe-se que o desvio não é uma característica específica de certas categorias de pessoas, mas de uma variedade de contingências sociais influenciadas por aqueles que detêm o poder de conferir ao outro esse atributo (MEDEIROS, 2014).

Além da visão sobre o uso do *crack* como doença, percebe-se na fala dos profissionais uma demonização da substância, que provoca um efeito devastador no organismo, na vida do sujeito

e na sociedade. Isso remete a um discurso médico-policial, que coloca nas “drogas” a culpa de praticamente todos os problemas sociais decorrentes de seu uso.

Esse discurso se apoia na representação do usuário de drogas em seu estágio mais avançado de dependência. A partir daí, é construído um discurso inflexível de que todos aqueles que experimentarem essas “drogas perigosas” irão trilhar o mesmo caminho (MOTA, 2008, p.115).

Uma visão que supervaloriza o papel da substância quando se trata do fenômeno droga em detrimento do olhar sobre o sujeito e o contexto. Além desse forte alinhamento moral, essa fala exemplifica a falta de conhecimento dos profissionais sobre a substância, seus efeitos, riscos e danos sobre os sujeitos.

Vê-se aí, a droga, substância inanimada, como “agente social” ganhando um caráter personificado a partir de adjetivos como “perigosa”, “inimiga da sociedade”, “ameaça às famílias” (MOTA, 2008). Percebe-se isso, também, na fala dos trabalhadores:

“... eu acho que é a droga mais devastadora que tem ...” (Grupo 1)

“... aqui eles aprendem que isso (o uso de *crack*) é uma doença...” (Grupo 1)

“...o uso da droga faz com que a família e ele estejam em conflito...” (Grupo 1)

Outrora os profissionais trazem suas compreensões acerca do papel que a droga pode ocupar na vida do sujeito, por vezes, numa tentativa do sujeito de fugir dos problemas e buscar prazer.

A fuga da realidade também é percebida pelos profissionais entrevistados. É como se o uso do *crack* propiciasse esses usuários

um “momento de paz”. Segundo Ferreira e Silva, (2012) é como se existisse um outro mundo no qual se pudesse encontrar refúgio e a droga fosse o código de acesso a esse mundo, regido prioritariamente por um prazer irrestrito”.

Há discursos entre os trabalhadores de que o uso da substância concede aos usuários a sensação de igualdade perante as outras pessoas, lhe ajudando a se inserir em grupos sociais e na lógica de consumo e bem estar da sociedade. O padrão social “exigido” atualmente é muito distante da realidade da sociedade em geral, dessa forma, uso de drogas possibilita a participação social desses sujeitos, além de viabilizar um sentimento de pertencimento a determinados grupos.

Assim, é possível perceber a sensibilidade de alguns trabalhadores no que concerne aos significados atribuídos ao uso de *crack* para alguns sujeitos, destoando um pouco do discurso demonizador e adentrando nos sentidos dados pelos usuários. Isso faz com que os profissionais consigam se aproximar mais dos usuários, estabelecer uma relação de confiança, e assim construir vínculo, ferramenta tão importante no desenvolvimento das estratégias de cuidado.

Ademais, é reforçada a compreensão de que as experiências de uso são construídas a partir das histórias de vida de cada pessoa, tendo em vista que a relação homem droga é algo construído a partir da experiência com a mesma. Bauman (1998) afirma que não se pode construir o mundo dos sentidos e significados a partir do nada, ou seja, os aspectos relacionados à personalidade dos usuários contribuem fortemente para engendrar estes sentimentos e sensações nos indivíduos (QUINDERÉ; JORGE, 2013).

No discurso dos trabalhadores também emergiu a compreensão do uso de *crack* como uma consequência de políticas

públicas ineficazes e de um país desigual. O uso problemático de drogas caracteriza-se aí como um sintoma social da situação de vulnerabilidade de grande parte da população, em especial a falta de oportunidades aos jovens.

[...] é uma droga muito barata [...]” (Grupo 1).

No Brasil, os jovens pobres usuários de drogas, geralmente, são assistidos por escolas de má qualidade, desprovidos de espaços de lazer e com escassas oportunidades no mercado de trabalho e alguns deles sentem-se atraídos pelas drogas e pelo tráfico. Assim, essa combinação de droga e vulnerabilidade expõe a população pobre a mais riscos e danos causados pelo uso de drogas.

Além disso, são esses jovens os mais atingidos pela política de Guerra às Drogas, pois o uso de drogas na população pobre está muito associado à marginalidade e, assim, o sujeito usuário de drogas da periferia está mais vulnerável à violência e à repressão policial, bem como ao preconceito da sociedade. Mota alerta para essa situação quando aponta que “quando uma política antidrogas consegue dirigir seu foco para as minorias, os efeitos são deletérios” (2008, p. 116).

Contrapondo uma visão do usuário de *crack* à margem das normatizações da sociedade, aproximando-se muitas vezes da imagem do banido, foi possível perceber também uma visão romantizada. Essa perspectiva, apesar de não criminalizar o usuário, o coloca num lugar ainda de marginalizado, pois nega a ele qualquer possibilidade de emancipação enquanto sujeito, continuando, assim, assujeitado pela relação com a droga.

Assim diante do exposto, percebe-se que a maneira como os trabalhadores compreendem as relações estabelecidas com as drogas está relacionada com suas formações. Grande parte dos

trabalhadores entrevistados está formada há mais de 10 anos, o que remete ao início da implantação da política sobre drogas no Brasil e quando surgia uma nova configuração através de estudos para se conceber este fenômeno, inclusive trazendo esta discussão para a área da saúde por meio de estudo acadêmicos e projetos de extensão.

Além disso, o encadeamento histórico dos diversos aspectos pejorativos associados ao uso de álcool e outras drogas se manifesta na compreensão atual desse fenômeno com a consequente repercussão nas práticas em saúde. A política brasileira ao longo dos anos construiu uma abordagem de ‘guerra às drogas’ limitada a ações repressivas e favorecendo intervenções casuístas e inadequadas, baseadas em estratégias repressivas condenadas por avaliações de âmbito nacional e internacional (CAMPOS; SOARES, 2004).

Tal abordagem tem repercussões que ainda podem ser percebidas nos serviços de saúde tanto por parte dos profissionais como dos usuários, onde se destaca a falta de capacitação das equipes e assim as dificuldades decorrentes em identificar e compreender os problemas advindos do abuso de substâncias psicoativas.

Dessa forma, percebe-se que há disputa de poderes, onde os profissionais e os usuários são os principais atingidos, uma vez que os modelos formativos vigentes de encontro aos princípios do SUS, o que dificulta o desenvolvimento de clínica ampliada com foco na integralidade e na autonomia do usuário.

Diante do contexto no qual o SUS emergiu dispondo de uma proposta inovadora de transformação e organização dos serviços de saúde brasileiros. O modelo de assistência, antes pautado em uma atuação curativa, reabilitadora e hospitalocêntrica, deu

lugar a um modelo assistencial promotor da saúde, preventivo e interdisciplinar, com ações voltadas para acompanhamento, cuidado e tratamento da saúde coletiva e individual da população, pautadas na universalidade e integralidade do ser humano e em práticas de saúde humanizadas (CARVALHO; CECCIM, 2006; CECCIM, 2007). Dessa forma, faz-se necessário formar profissionais que atendam ao novo modelo de atenção à saúde.

Nesse sentido, os conteúdos curriculares em saúde devem levar em consideração os fatores psíquicos, afetivos, históricos e culturais do adoecer humano, e não desprezar a formação dos profissionais de saúde na perspectiva da integralidade.

Algumas iniciativas já vêm sendo realizadas nessa perspectiva, no entanto, em muitas instituições de ensino, ainda se valorizam aspectos cognitivos em detrimento de saúde pública, de elementos de ordem psíquica e histórica dos estudantes, e enfatizam-se recepção e memorização em detrimento de outras possibilidades, tais como o desenvolvimento da capacidade de análise, crítica e elaboração pessoal. Frequentemente, não se considera todo o aprendizado advindo da própria experiência das situações vividas nos serviços, consequência de se acreditar no conhecimento do passado, da ciência tradicional, e não nos desafios atuais do trabalho em saúde (ARAÚJO; MIRANDA; BRASIL, 2007).

Ademais, no modelo de assistência proposto pela Reforma Psiquiátrica, na relação entre profissionais e usuários toma o sujeito em sua complexidade, o que demanda maior habilidade dos profissionais de saúde, uma vez que são estes os responsáveis pela construção de projetos terapêuticos individualizados, que buscam a produção de saúde e um olhar voltado para múltiplas dimensões do sujeito (FERRER, 2007).

Dessa forma, a fragilidade na formação em Saúde Mental é destacada por profissionais de saúde, que referem uma defasagem entre os conteúdos discutidos na formação e com o que realmente vivenciam na rotina de trabalho. O déficit de formação se torna um obstáculo para o avanço da referida Reforma, por isso os profissionais de saúde devem fazer uso de estratégias como formação complementar, participação na construção do serviço, organização de grupos de estudos sobre a Reforma Psiquiátrica e participação em fóruns e capacitações (SALES; DIMENSTEIN, 2009).

Diante de uma nova organização da assistência em saúde mental no Brasil e a proposta de cuidado multiprofissional e comunitária (BRASIL, 2011), os profissionais que, por vezes, não tiveram oportunidade de vivenciar a discussão da temática de drogas durante a sua graduação, são convocados a debruçar-se sobre a área a fim de compreendê-la e se apropriar de ferramentas para sua atuação.

## **FRAGILIDADES NA ASSISTÊNCIA AO USUÁRIO: DAS QUESTÕES ESTRUTURAIS DOS SERVIÇOS DA REDE AO DESPREPARO DOS TRABALHADORES.**

Pode-se perceber ao longo dos discursos a existência de diversas fragilidades nos serviços que atendem os usuários de substâncias psicoativas, dentre elas podemos citar o tamanho insuficiente das equipes existentes, quando comparadas ao tamanho do território para o qual está referenciada. Esta realidade dificulta de maneira significativa a atuação dos trabalhadores em campo, lugar privilegiado para atuação e abordagem desta clientela. Há, assim, um distanciamento dos trabalhadores da saúde ao contexto de vida dos usuários.

Essa questão foi percebida na fala dos trabalhadores de saúde que reconhecem a necessidade de um conhecimento mais aprofundado da realidade de cada sujeito, do seu contexto de vida, e da sua relação peculiar com a droga, para que, assim, possa se construir alternativas de cuidado singulares. Assim, é preciso identificar os espaços sociais em que o consumo de drogas se dá e compreender esse contexto, para dar-se possibilidades de intervenção condizentes com a realidade que se apresenta (JORGE *et al.* 2013).

[...] só que a equipe é muito pequena, então se a equipe vai fazer um trabalho desses, assim de campo [...] (Grupo 1)

Dentro desta perspectiva as ações como as de redução de danos ficam inviabilizadas nos territórios, uma vez que exigem certa flexibilidade dos trabalhadores em relação ao seu deslocamento e horários de atuação, os quais variam conforme as alterações e reconfigurações sofridas no cotidiano das comunidades abordados. Com uma equipe reduzida, o eventual remanejamento de uma parte do grupo para atuação extra muros do CAPS, fatalmente deixará o serviço descoberto. Isso ocorre muitas vezes devido a ausência de profissionais suficientes para a composição da equipe ou por estes ainda sofrerem fragilidades no que diz respeito a sua qualificação por ocasião dos atendimentos às demandas que acessam os serviços.

Ademais, os serviços demonstram dificuldades significativas em se articular com a rede de suporte existente e de acessar outros dispositivos terapêuticos dos próprios territórios. A realidade de deficiências estruturais para ofertar um bom serviço à população não é um privilégio de um ponto de atenção em espe-

cífico. Este cenário se reproduz por vários outros dispositivos, que por si só dificultam o próprio funcionamento, dada as carências internas com manutenção, estrutura física, instrumentais de trabalho, com em possibilitar um expansão e comunicação desta rede na qual o usuário possa transitar sem maiores dificuldades.

[...] nós não temos estrutura para atender um paciente clínico [...] (Grupo 1).

[...] é um conjunto de coisa, não é só aqui é em toda a rede, no CAPS, no hospital geral [...] (Grupo 1).

As dificuldades estruturais surgem como um importante empecilho ao avanço da assistência dos usuários de substâncias psicoativas. Tais trabalhadores já não podem se dar ao luxo de permanecer dentro dos seus consultórios aguardando o usuário buscar o serviço. Faz-se necessário cada vez mais uma postura ativa no sentido de chegar até esse usuário oferecendo-lhes outras opções de abordagem, como propõe a estratégia de redução de danos. Todavia, para isso, precisa-se garantir ao trabalhador as condições mínimas com por exemplo: de deslocamento geográfico, uma equipe de retaguarda no serviço para dar suporte, insumos para sua atuação, seja ela clínica, educativa ou artística, bem como o suporte de uma rede de apoio minimamente operante.

Vale destacar que neste caso as fragilidades não se referem apenas a uma questão de recursos exigidos para o funcionamento dos serviços na atuação clínica dos usuários de substâncias psicoativas, mas, sobretudo, de uma premente ausência de domínio em relação a mesma, a qual reverbera diretamente na assistência.

Os profissionais abordaram também a complexidade e suas dificuldades no cuidado oferecido aos usuários de *crack*, os quais foram manifestados a partir de sentimentos de incapacidade em ofertar algum cuidado a esses sujeitos, o que leva muitas vezes o profissional a reduzir sua oferta de cuidado e sentir-se frustrado. Esse sentimento é retratado como Ampliação Paralisante, onde os profissionais diante de um caso ou situação complexa sentem-se angustiados e incapazes de fazer algo (OLIVEIRA, FURLAN, 2010).

Outrora se sentindo angustiado e incapaz de interferir em situações complexas que envolvem o uso problemático de drogas, o profissional poderá construir junto ao usuário estratégias de redução de danos, promovendo um cuidado integral e singular. Trata-se aí de possibilidades, ditas como pré-tarefas (OLIVEIRA, FURLAN, 2010), de superação da Ampliação Paralisante. O que pode ser corroborado com a fala a baixo:

[...] eu acho que a gente é muito carente, a gente não tem muita orientação [...]. (Grupo 2)

Um estudo realizado com profissionais de saúde constatou que as principais queixas relatadas por eles em relação aos usuários foram os tumultos causados por eles e falta de adesão ao tratamento. Relataram, ainda, terem dificuldades em lidar com os usuários e acreditam que as questões envolvidas com o fator droga fogem de suas atribuições. Somado aos problemas apontados, há o déficit de conhecimento dos profissionais sobre as políticas de saúde, como a de redução de danos, que ainda é motivo de controvérsia apesar de sua eficácia (OLIVEIRA, *et. al.* 2012).

Ainda, é possível perceber através dos relatos dos profissionais que há uma centralização dos atendimentos destes usuários nos serviços especializados, pois os trabalhadores da atenção básica não compreendem como este problema pode ser abordado nas

unidades básicas de saúde. Portanto, os pacientes que são identificados são encaminhados para os serviços CAPS AD sem minimamente fazerem uma aproximação com este usuário, conforme infere o discurso abaixo:

[...] O acesso deles é pelo programa saúde da família onde são avaliados pelo médico ou enfermeira e muitas vezes encaminhados ao CAPS AD [...] (Grupo 2).

O discurso acima reforça a dificuldade do rompimento com modelo de encaminhamento e de transferência de responsabilidades. Consequentes obstáculos para a implantação de um modelo de atenção organizado de maneira compartilhada, de um cuidado que possa ser operado nos vários pontos das redes assistenciais.

Dessa forma, nota-se que mesmo diante de uma política nacional no âmbito da problemática do uso abusivo de álcool e outras drogas, baseada na atenção aos direitos de cada cidadão, entendendo que esta lógica deve permear todo o planejamento das ações dos envolvidos na atenção integral ao usuário, incluindo as unidades básicas de saúde, esse contexto ainda parece ter pouca repercussão no cenário nacional. (SCHNEIDER *et. al*, 2013).

Tal abordagem tem reflexões que ainda podem ser percebidas nos serviços de saúde tanto por parte dos trabalhadores como dos usuários, onde se destaca a falta de capacitação das equipes e assim as dificuldades decorrentes em identificar e compreender os problemas advindos do abuso de substâncias psicoativas, além do receio de se atender este perfil de usuário que muitas vezes é associado a marginalização ou a figura do traficante. Os trabalhadores não se sentem aptos a assistirem estes usuários.

[...] as enfermeiras do PSF, ela têm medo de represálias [...] (Grupo 2).

Para intervir com a proposta de auxiliar as pessoas em sofrimento pelo uso de substâncias, em referência à compreensão do problema e à disposição para a mudança, é importante que haja profissionais treinados para identificar e aconselhar de maneira adequada, com intervenções que respeitem as necessidades e os desejos dos usuários, que sejam passíveis de cumprimento naquele momento e que possam ser revistas sempre que necessário. (FERNANDES, *et. al.* 2013).

Destaca-se ainda como fator que limita a expansão do conhecimento do estudante, tanto teórico como prático, um número insuficiente de universidades que dispõem de programas que abordam os problemas associados ao uso de álcool e outras drogas, prejudicando na compreensão epidemiológica, social e de saúde que a questão da dependência química apresenta (GALLASI; SANTOS, 2013).

As limitações curriculares na formação acadêmica em saúde, direcionadas à abordagem do tema da dependência química nos cursos de graduação, possui estreita relação como o nosso processo histórico em que a questão do uso de álcool e outras drogas estava associada a desvio de caráter, não sendo considerada passível de intervenção por parte da saúde (BERLIVET, 2007).

Desta forma, quando surge esse nova organização da assistência em saúde mental no Brasil, privilegiando a proposta de cuidado multiprofissional e comunitária (BRASIL, 2011), os profissionais que, por vezes, não tiveram oportunidade de vivenciar a discussão da temática de drogas durante a sua formação, são convocados a debruçar-se sobre a área a fim de compreendê-la e se apropriar de ferramentas para sua atuação.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentre os resultados chama-se atenção para o tempo de conclusão da graduação e as formações realizadas além da graduação (especialização ou mestrado). Compreendendo que a maioria dos profissionais se graduou há mais de dez anos e que grande parte não realizou demais formações como especializações e mestrados, percebe-se aí um possível vácuo entre a formação do profissional e a política relacionada à temática de drogas, visto sua ainda recente implementação.

Os trabalhadores destacaram a complexidade e suas dificuldades no cuidado oferecido aos usuários de *crack* a partir de sentimentos de incapacidade em ofertar algum cuidado a esses sujeitos, o que os leva muitas vezes a reduzir sua oferta de cuidado e sentir-se frustrado. Soma-se a essa realidade o sentimento de insegurança do profissional em intervir junto a sujeitos que tem problemas decorrentes do uso de drogas o que nos permite inferir que há uma deficiência na formação desses profissionais.

Desta feita, destaca-se uma necessidade significativa de investimentos na Educação Permanente no campo da Saúde Mental e políticas sobre drogas, enquanto estratégia de fortalecimento da política vigente, incluindo aqui as estratégias de redução de danos, uma vez que as concepções relacionadas ao uso de droga, não raro, ainda encontram-se associadas à ideia de crime ou doença, revelando de maneira explícita a forma com a qual a sociedade direciona seu olhar aos sujeitos que usam drogas.

Este panorama revela uma predisposição do corpo social, e dos trabalhadores da rede de saúde, os quais deveriam possuir uma compreensão diferenciando dos demais, em supervalorizar os efeitos da substância no organismo humano, fortalecendo o paradigma proibicionista de guerra às drogas, contribuindo para

a produção de estigmas que fomentam uma imagem estereotipada do usuário de *crack* como doente ou marginal, estimulando o preconceito em torno destes usuários, e conseqüentemente, compromete as possibilidades de sua (re)inserção nos espaços comunitários.

## REFERÊNCIAS

ALARCON, S. A síndrome de Elêusis: considerações sobre as políticas públicas no campo de atenção ao usuário de álcool e outras drogas. ALARCON, S.; JORGE, M.A.S. In: **Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal estar contemporâneo**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 45-62, 2012.

ARAÚJO, D.; MIRANDA, M. C. G.; BRASIL, S. L. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 31, n. 1, p. 20-31, 2007.

AZEVEDO, D. M.; MIRANDA, F. A. N. Práticas profissionais e tratamento ofertado nos CAPS AD do município de Natal-RN: com a palavra a família. Escola Anna **Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 14; n. 1, p. 56-63, jan./mar, 2010.

BAUMAN, Z. **O mal estar da pós-modernidade**. Rio de Janeiro, ZAHAR, 1998.

BECKER, H.S. **Outsiders: sociologia do desvio**. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.

BERLIVET, L. Les démographes et l'alcoolisme. Vingtième Siècle **Rev. Hist.**. V. 95, n.3, :p.93-113, 2007.

BRASIL. Portaria nº 3.088, de 2011. **Institui A Rede de Atenção Psi-**

**cossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. *Livreto epidemiológico: Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil.* FIOCRUZ. 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198/GM de 13 de fevereiro de 2004.** Brasília, DF: 2004a.

CAMPOS, F.V., SOARES, C.B. Knowledge of nursing students on psychotropic drugs. **Rev. Esc. Enferm. USP** [on line],v.38, n.1, p.99-108, 2004.

CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In G. W. S. Campos, M.C.S. Mina-  
yo, M. Akerman, M. Drumond Jr., & Y.M. Carvalho (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva** (pp. 149-182). São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

CECCIM , R. B. Invenção da saúde coletiva e do controle social em saúde no Brasil: Nova educação na saúde e novos contornos e potencialidades à cidadania. **Revista de Estudos Universitários**, v. 33, n. 1, p. 29-48, 2007.

FERNANDES, S., BORGES, B.C, SIGNOR, L., CAMPOS, M.T. **Abordagem Multidisciplinar da Dependência Química.** São Paulo: Grupo Editorial Nacional; 2013.

FERRER, A. L. Sofrimento psíquico dos trabalhadores inseridos nos centros de atenção psicossocial: entre o prazer e a dor de lidar com a loucura. Dissertação de mestrado, Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2007.

FERREIRA,V.; SILVA, J.R **Crack e Toxicomania: Dimensões Subjetivas.** [Trabalho de Conclusão de Curso]. Psicologia. O Portal dos Psicólogos, 2012. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0286.pdf>. Acesso em: 05/08/15.

GALIASI, A., SANTOS, V. O abuso de drogas: desafios e opções para a prática do profissional de saúde no Brasil. **Brasília Méd**, v. 50, n. 1, julho, 2013.

JORGE, M.S.B et. al. Ritual de consumo do *crack*: aspectos socioantropológicos e repercussões para a saúde dos usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 10, p. 2909-2918, 2013.

KANNO, N.P.; BELLODI, P.L.; TESS, B.H. Profissionais da Estratégia Saúde da Família diante de demandas médico-sociais: dificuldades e estratégias de enfrentamento. **Saúde Soc**, V. 21, n. 4, p.884-94, 2012.

MEDEIROS, R. Construção social das drogas e do *crack* e as respostas institucionais e terapêuticas instituídas. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 23, n. 1, p.105-117, jan-mar. 2014.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 13 ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MONTANARI, P.M.; Perfil sócio-ocupacional do trabalhador de saúde mental no município de São Paulo. **Journal: Saúde Coletiva**, v. 6, n. 27, 2009.

## **PARTE 2**

# **INTINERÁRIOS E FORMAÇÃO PARA ATENÇÃO QUALIFICADA**

## CAPÍTULO 7

# A FORMAÇÃO DE ALUNOS DA EDUCAÇÃO DE JOVENS E ADULTOS COMO NAVEGADORES DE SAÚDE: AVANÇOS E DESCOMPASSOS

Elainy Peixoto Mariano

Ehrika Vanessa Almeida de Menezes

Helena Alves de Carvalho Sampaio

Maria da Penha Baião Passamai

Soraia Pinheiro Machado Arruda

### INTRODUÇÃO

A Educação de Jovens e Adultos (EJA) corresponde ao tipo de processo educacional realizado junto a adultos que substitua a educação inicial de qualquer nível de ensino, desenvolvendo suas habilidades e conhecimentos, melhorando sua qualificação técnica e provocando mudanças em suas atitudes e comportamentos, contribuindo para o desenvolvimento pessoal e a participação plena na vida social, econômica e cultural (UNESCO, 1976).

Dessa forma, a EJA oferece oportunidades significativas para fornecer relevante acesso equitativo e sustentável para o conhecimento de saúde. Além disso, o enfoque da aprendizagem ao longo da vida desenvolve as competências para a promoção da saúde e prevenção de doenças (CONFITEA, 1997). Seguindo

nessa direção, a EJA desempenha um papel muito importante nas estratégias de promoção de saúde.

Com esse intuito, cabe aos educadores da EJA: desenvolver a capacidade dos estudantes para participar em planejamento pedindo esclarecimentos e sugestões; ajudar os estudantes a aprender a localizar informações para guiar suas decisões relacionadas à saúde; melhorar a capacidade dos estudantes para preencher formulários, realizar inquéritos para informações e navegar em novos ambientes; fortalecer a capacidade dos estudantes para ler gráficos e interpretar faixas de escalas; ensinar aos estudantes a fazer perguntas sobre testes, procedimentos e resultados; ensinar aos estudantes como ler rótulos de medicamentos, calcular quantidade e tempo de dosagens de remédios (SORICONE *et al.*, 2007). Neste contexto surge a interface com a navegação em saúde.

O navegador de paciente é uma modalidade de assistência oferecida para os consumidores dos cuidados de saúde, como pacientes, seus familiares e cuidadores. Visa, principalmente, ajudá-los a superarem as barreiras de acesso aos serviços de saúde e garantir a prestação dos serviços no tempo certo (INSTITUTE FOR HEALTH PROMOTION RESEARCH, 2011). Desta forma, auxilia pacientes e familiares a navegarem pelo labirinto fragmentado dos consultórios médicos, das clínicas, dos hospitais, centros de saúde, sistemas de pagamento, e outros componentes do sistema de saúde (INSTITUTE FOR ALTERNATIVE FUTURES, 2007). É uma intervenção que utiliza a competência cultural, treinando indivíduos para eliminar as disparidades de saúde (INSTITUTE FOR HEALTH PROMOTION RESEARCH, 2011).

Este conceito foi instituído em 1990 para combate ao câncer, pelo Dr. Harold Freeman, do Lauren Center for Cancer Care

and Prevention, localizado no bairro Harlem, na cidade de Nova Iorque, Estados Unidos, (FREEMAN; RODRIGUEZ, 2011). Em consonância com o contexto histórico do surgimento dos navegadores de saúde, a maioria da literatura revisada trata do assunto voltado para o câncer (WELS et al.,, 2008), porém a proposta pode ser ampliada para outros cuidados em saúde.

Alguns grupos populacionais sofrem disparidades na incidência das doenças, as quais são complicadas pelas desigualdades socioeconômicas e culturais, tais como: menor educação, baixa renda, menor acesso aos cuidados, além das barreiras linguísticas e mitos culturais (INSTITUTE FOR HEALTH PROMOTION RESEARCH, 2011).

Estas desigualdades colocam determinadas pessoas em risco substancial de receber assistência inadequada, seja no rastreamento, diagnóstico ou acompanhamento. Os cuidados disponíveis para elas são muitas vezes cercados de deficiências (PARKER *et al.*, 2010; BRASIL, 2009), também pela delicada relação entre os usuários e os profissionais de saúde (IOM, 2004; DAVIS; WOLF, 2004; SCHILLINGER, *et. al.*, 2004), implicando em inadequado tratamento e piores resultados (INSTITUTE FOR HEALTH PROMOTION RESEARCH, 2011).

Assim, geralmente são as pessoas pobres que se deparam com obstáculos significativos para cuidar da sua doença e muitas vezes deixam de procurar assistência adequada porque não podem pagar por ela. Com isto, suportam mais dor e sofrimento, ao mesmo tempo, em que seus familiares fazem frequentemente extraordinários sacrifícios pessoais para obter e pagar pelos cuidados necessários. Além disso, para este público, os programas de educação existentes são muitas vezes culturalmente insensíveis e irrelevantes (FREEMAN; RODRIGUEZ, 2011).

É para melhorar este cenário que os navegadores de pacientes são capacitados e dentre as várias de suas atribuições podem ainda ser citadas (INSTITUTE FOR HEALTH PROMOTION RESEARCH, 2011):

- identificar barreiras no tratamento;
- verificar se pessoas doentes rastreadas são acompanhadas com tratamento;
- vincular pacientes, cuidadores e familiares com os serviços necessários;
- comunicar-se com cuidadores, fornecedores e pacientes;
- direcionar pacientes para uso de recursos mais abrangentes;
- ajudar pacientes a preencher formulários;
- identificar opções de ajuda financeira;
- manter contato regular com pacientes;
- monitorar progresso dos pacientes.

O perfil de um navegador de paciente varia muito com o perfil do programa adotado. Muitos treinam trabalhadores de saúde da comunidade, os quais podem ser empregados em tempo integral ou podem ser voluntários. Os agentes comunitários de saúde são indivíduos que têm laços estreitos com a comunidade local e servem como elos importantes entre as comunidades carentes e sistemas de cuidados de saúde. Eles também possuem as habilidades linguísticas e culturais necessárias para conectarem-se com pacientes de comunidades carentes.

Os navegadores de pacientes são também conhecidos como conselheiros comunitários de saúde, defensores leigos da saúde e promotores de saúde (CDC, 2006; INSTITUTE FOR ALTERNATIVE FUTURES, 2007).

Navegadores de saúde treinados incluem, além de leigos, assistentes sociais e pessoal de enfermagem, entre outros. Alguns

programas de navegação usam abordagem baseada em equipe, que combina agentes comunitários de saúde com um ou mais profissionais com experiência na área da saúde ou serviço social (INSTITUTE FOR ALTERNATIVE FUTURES, 2007).

De tal forma, todas as pessoas são pacientes em algum momento de suas vidas. Portanto, melhorar a capacidade de uma pessoa para compreender e gerenciar sua própria saúde e doença, bem como em negociar com quadros diferentes de profissionais de saúde e com as complexidades dos sistemas de saúde, é crucial para alcançar melhores resultados em saúde (LANCET, 2012).

Assim, navegadores de pacientes surgem como uma alternativa a mais na direção do empoderamento da população na questão do direito à saúde.

A partir disso, de onde emergem candidatos a serem capacitados para esta atividade, pode-se destacar a capacitação de pessoas leigas da própria comunidade. Neste contexto, poderia ser pensado no aluno de cursos de Educação de Jovens e Adultos (EJA).

## **OBJETIVOS**

O presente estudo tem como objetivo capacitar alunos integrantes da Educação de Jovens e Adultos – EJA, para atuar como navegadores de saúde na comunidade.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo transversal, de intervenção, com abordagem quali-quantitativa, que foi realizado na sede do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará – IFCE.

O mesmo é parte de uma pesquisa financiada pela Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP), Ministério da Saúde (MS), Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA), iniciada em 2012 e finalizada em 2014, intitulada “Plano Alfa-Saúde: aplicação dos pressupostos do letramento em saúde e da formação de navegadores na capacitação de equipes do SUS” (Programa de Pesquisa para o SUS – PPSUS REDE – 03/2012).

A amostra prevista era integrada pela totalidade - 157 – de alunos matriculados na EJA do IFCE, campus Fortaleza, que reúne o maior número de alunos desta modalidade, em abril/2012. Estes estavam matriculados nos cursos de Refrigeração e Climatização e de Telecomunicações.

No entanto, alunos da EJA são muito flutuantes quanto à continuidade dos estudos e também com relação à frequência adequada às aulas. Durante a fase de planejamento da capacitação, o total de alunos já havia se reduzido para 95. À época da realização da capacitação, o contingente dos mesmos remontava a 50 pessoas. A a capacitação foi possível junto a 34 (68%) alunos.

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: estar formalmente matriculado como aluno de EJA e estar em condições físicas para se deslocar à sede do IFCE na época da capacitação. O não atendimento a estas condições configurou critério de exclusão.

Na elaboração e planejamento da capacitação, abrangem-se conteúdos de embasamento técnico e teórico. Como embasamento técnico foram enfocados os pressupostos do letramento em saúde e da navegação em saúde como estratégia de ação educativa dirigida aos alunos de EJA. No embasamento teórico foram enfocados aspectos teórico-operacionais da navegação em

saúde e atividades específicas de promoção em saúde. Embora didaticamente separados, na prática ambos os tipos de conteúdo foram abordados de forma entrelaçada.

Adotou-se uma metodologia proativa, envolvendo todos os participantes em capacitação, sendo adotada a estratégia dos Círculos de Estudos, adaptado dos Círculos de Estudo em Letramento em Saúde (Health Literacy Study Circles) propostos por Rudd *et al.*, (2005) e Soricone *et al.*, (2007). Foi ainda utilizado o Programa Navegador de Pacientes da American Cancer Society (FREEMAN; RODRIGUEZ, 2011) como referencial, adaptado para doenças em geral.

Considerando o objetivo do estudo, foram realizados 2 Círculos de Estudos, que incluíram os temas navegação em saúde, com 90 minutos de duração, e estilo de vida saudável com ênfase na prevenção de DCNT, com 30 minutos, conforme detalhado:

---

### ***1º Círculo de Estudos***

---

**Tema:** Navegação em Saúde: o que é e como aplicar

**Objetivos Específicos:**

- Conhecer as noções do grupo sobre navegação em saúde;
- Apresentar o conceito da Navegação em Saúde, Função e Responsabilidades do Navegador de Pacientes;
- Facilitar o percurso do usuário no sistema de saúde.

**1º Momento: Discussão de conceitos e procedimentos.**

**2º Momento: Ajudando o usuário a navegar no SUS.**

---

### ***2º Círculo de Estudos***

---

**Tema:** Promovendo um estilo de vida saudável e prevenindo doenças

### **Objetivos Específicos:**

- Aplicar conhecimentos sobre estilo de vida saudável com base no letramento em saúde e navegação em saúde
- Estabelecer um protocolo de desenvolvimento de ações

**1º Momento: Discussão sobre os temas prioritários para assegurar um estilo de vida saudável.**

**2º Momento: Estabelecendo um protocolo de ações educativas.**

O conteúdo do último tema adaptou as ações previstas no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 (BRASIL, 2011), priorizando-se orientações para: combate à obesidade, alimentação saudável (incentivo à amamentação, orientação para adequada alimentação complementar, incentivo ao aumento de consumo de frutas e hortaliças, combate ao excesso de sal, açúcares, doces e gorduras), incentivo à atividade física, combate ao tabagismo e ao excesso de consumo de bebidas alcoólicas (BRASIL 2005; BRASIL, 2011).

O grupo recebeu um Manual do Participante dividido em duas partes: a Primeira Parte incluiu o embasamento técnico sobre a capacitação e metodologia adotada nos círculos, com detalhamento de cada atividade e respectivo tempo; a Segunda Parte incluiu o embasamento teórico sobre Letramento em Saúde, Navegação em Saúde e Estilo de vida saudável na prevenção de doenças.

Para a avaliação de conhecimentos técnicos adquiridos com a capacitação, foi desenvolvido um formulário que incluiu 10 perguntas sobre navegação em saúde e 14 relativas a estilo de vida saudável no âmbito da prevenção de DCNT. O mesmo

formulário foi aplicado antes e ao final da capacitação realizada. As perguntas foram tabuladas e comparadas quanto ao percentual de acertos antes e após a capacitação.

A análise estatística dos dados foi efetuada no tópico referente à comparação entre o percentual de acertos pré e pós-capacitação, considerando avaliação de conhecimentos técnicos adquiridos com a capacitação efetuada. Para tanto foi aplicado o teste Qui-quadrado ou exato de Fisher, adotando-se  $p < 0,05$  como nível de significância. Os dados foram processados no *software* STATA 10.0 e no Epi-Info™ 7.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Ceará. A pesquisa não envolveu risco físico à saúde dos integrantes, pois não foram adotadas técnicas invasivas no âmbito físico.

Os participantes foram devidamente informados sobre a pesquisa e sua participação foi condicionada à assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, o qual foi impresso em duas vias: uma para o participante e outra para o coordenador do estudo.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com relação ao desempenho dos alunos antes e após a capacitação para formação de navegadores em saúde, segue a Tabela 1.

Considerando o bloco NS, no pré-teste houve 6 questões com desempenho superior a 50%, número que se manteve no pós-teste. Não houve melhora significativa de conhecimento nas questões e, inclusive, houve a questão 6, referente a deveres do navegador em saúde, que exibiu pior percentual de acertos após a capacitação.

Quanto ao bloco EVS, dentre as 14 questões observou-se percentual de acertos superior a 50% em seis delas no pré-teste e em sete delas no pós-teste. Houve piora e melhora do percentual de acertos após a capacitação, mas sem significância estatística, exceto quanto ao melhor desempenho observado para a questão 15.1 (estratégia de combate à obesidade).

Infelizmente, uma das propostas do projeto, a de formação de navegadores de saúde na própria comunidade, considerada muito importante pela equipe de pesquisa, face os levantamentos da literatura que embasaram tal proposta, não foi atingida. Mas algumas considerações sobre esta ocorrência devem ser feitas, procurando-se analisar e discutir os resultados da referida capacitação à luz das peculiaridades que são mais destacadas na literatura em relação a esse grupo-alvo, dando ênfase, sobretudo, aos aspectos cognitivos, psicopedagógicos e psicossociais relacionados ao ensino e aprendizagem de adultos (KLEIMAN, 1995; ZARCADOOLAS; PLEASANT; GREER, 2006; MAYER; VILLAIRE, 2007).

Era intenção dos responsáveis, desenvolver a capacitação de acordo com os horários das aulas dos alunos, das 18:30 horas às 22:00 horas. No entanto só foi possível desenvolver as atividades das 19:00 horas às 21:00 horas (1h e 30 minutos para Navegação em Saúde e 30 minutos para estilo de vida saudável), porque os alunos se atrasaram por estarem vindo do trabalho e saíram antes do término do horário das aulas, alegando cansaço e necessidade de retorno para casa para retomada do trabalho no dia seguinte. Essa foi a primeira dificuldade encontrada pela facilitadora do círculo de estudo. É possível que a diminuição do tempo de capacitação tenha prejudicado o desempenho dos alunos.

**TABELA 1.** Comparação do percentual de acertos sobre navegação em saúde e estilo de vida saudável de alunos do Programa de Educação para Jovens e Adultos (PROEJA) de Fortaleza-Ceará antes e após capacitação realizada no âmbito do Plano Alfa-Saúde. Fortaleza, 2014.

QUESTÃO	PERCENTUAL DE ACERTOS (%)		VALOR DE P
	PRÉ-CAPACITAÇÃO	PÓS-CAPACITAÇÃO	
<i>Bloco Navegação em Saúde</i>			
1	5,9	2,9	1,000
2	20,6	8,8	0,305
3	91,2	88,2	1,000
4	70,6	64,7	0,604
5	97,0	97,0	1,000
6	44,1	20,6	<b>0,038</b>
7	82,4	94,1	0,259
8	64,7	61,8	0,801
9	50,0	29,4	0,083
10	85,3	82,4	1,000
<i>Bloco Estilo de Vida Saudável</i>			
11	58,8	64,7	0,618
12	23,5	41,2	0,120
13	79,4	73,5	0,568
14	53,0	58,8	0,143
15.1	35,3	85,3	<b>&lt;0,001</b>
15.2	14,7	11,8	1,000
15.3	23,5	26,5	0,779
15.4	61,8	79,4	0,110
15.5	2,9	5,9	1,000
15.6	8,8	0,0	0,239
15.7	29,4	38,2	0,442
15.8	44,1	41,2	0,806
15.9	91,2	71,0	0,062
15.10	52,9	67,7	0,215

**Navegação em Saúde:** Conceito (Questão 1 e 2); Objetivo (Questão 3); Função do Navegador (Questão 4); Deveres do Navegador (Questões 5 e 6); Uso operacional dos pressupostos no contato com o usuário de saúde- (Questões 7 a 10).

**Estilo de Vida Saudável:** O IMC no diagnóstico nutricional (Questões 11 e 12); Informações em rótulos nutricionais (Questão 13); Estratégia contra o excesso de bebidas alcoólicas (Questão 14); Estratégia de combate à obesidade (Questão 15.1); Alimentação no primeiro ano de vida (Questões 15.2, 15.3 e 15.4); Consumo diário recomendado de frutas e hortaliças (Questão 15.5); Consumo diário permitido de açúcar (Questão 15.6); Consumo diário permitido de sal (Questão 15.7); Controle ou não da quantidade consumida de óleo de oliva (Questão 15.8); Prática de atividade física (Questão 15.9) e Abandono do tabagismo (Questão 15.10).

\*Em itálico e negrito:  $p < 0,05$ .

Outra dificuldade encontrada na capacitação dos alunos de EJA foi de natureza psicopedagógica. Embora todo o material escrito tenha sido elaborado para 5ª série (6º ano no Brasil), como preconizam Rudd *et al.*, (2005), os alunos manifestaram lentidão na leitura e dificuldade de compreensão textual. Assim, antes de seguir na análise, cabe esclarecer que o grupo cursava o Programa de Educação de Jovens e Adultos - PROEJA do Ensino Médio (1º ao 3º ano). No entanto, o comportamento cognitivo dos alunos, em relação à compreensão leitora, era correspondente à baixa escolaridade. Por essa razão, a presente discussão faz alusão a referências que mencionam sujeitos com baixo nível de letramento e/ou baixa escolaridade. Inclusive o Indicador de Alfabetismo Funcional de 2011 - INAF-Brasil 2011 - aponta um índice de 8% de analfabetos funcionais entre a população com Ensino Médio completo (IPM/IBOPE, 2012).

De acordo com o exposto, Kleiman (1995) comenta que “grandes esforços de concentração ou interpretação representam verdadeiros obstáculos para os grandes grupos de brasileiros não escolarizados, que não tiveram acesso à escola, ou foram prematuramente expulsos dela”.

Além dos entraves de compreensão textual, foi observado que os alunos tinham dificuldade para seguir os passos propostos na metodologia do módulo destinado à capacitação. Essa dificuldade não correspondeu à incapacidade de realização das tarefas, mas de seguir as orientações da facilitadora e o ritmo que era determinado pelo “tempo” de elaboração e de desenvolvimento de cada passo. Por exemplo, no primeiro momento do primeiro módulo é estabelecido 55 minutos para o cumprimento das tarefas, que são divididas em passos ou etapas. A experiência mostrou que os alunos necessitariam de 2 a 3 horas/aula (100 a 150 minutos) para executarem as tarefas.

O ritmo mais lento do que o previsto no planejamento da capacitação pode ser explicado pela dificuldade na leitura, o que ficou bastante evidente durante a aula, e ao processo de aprendizagem do indivíduo adulto pouco escolarizado. Nesse sentido, Kleiman (1995) alude que o modo como os indivíduos adultos com baixa escolaridade controlam sua própria produção cognitiva está ligado, de certa forma, a diferentes modalidades de funcionamento intelectual do sujeito com maior ou menor letramento. A autora discute que o adulto com baixa escolaridade pode demonstrar grande dificuldade para seguir instruções mais complexas. Neste caso, as tarefas propostas pelo educador são compreendidas pelo aluno de maneira fragmentada e isolada, dificultando a progressão de etapas a serem cumpridas. Tal comportamento foi observado no grupo investigado.

O desempenho observado no pré e pós-teste deixa clara a necessidade de investimento na capacitação do grupo-alvo. Nesse sentido, Zarcadoolas, Pleasant e Greer (2006) discutem sobre a necessidade de se introduzir e desenvolver habilidades de letramento em saúde no contexto da educação de adultos, sempre com informações e habilidades voltadas para a vida prática das pessoas.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A formação de navegadores em saúde na comunidade é parte importante do processo de atendimento dos usuários do SUS, mas há necessidade de formação de grupos de estudo para se encontrar caminhos de viabilização de tal proposta, pois a estratégia adotada pela capacitação realizada não alcançou o sucesso pretendido.

Como ponto inicial de discussão sugere-se a possibilidade de ampliação da carga horária da capacitação, com uma menor concentração de tempo por encontro e com uma participação um pouco mais direta dos facilitadores, face as características deste grupo-alvo.

Considerando a situação nacional, um curso de formação de navegadores de saúde em turmas de EJA, ajudará a atingir os objetivos de formação destinados a este tipo de discente e favorecerá sua ação na comunidade onde se insere, auxiliando seus familiares, amigos e vizinhos a utilizar o sistema de saúde em sua plenitude. Assim, será uma ação voltada para a navegação do sistema de saúde e, ao mesmo tempo, calcada nos pressupostos do letramento em saúde, que deve permear todo o processo.

Assim, pode-se finalizar este capítulo argumentando que inserir alunos de EJA na formação de navegadores de saúde na comunidade é um avanço, mas a experiência aqui vivenciada aponta um descompasso operacional que deve ser corrigido e alternativas devem ser encontradas a fim de viabilizar a proposta.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro** / Brasil. Ministério da Saúde – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. Ministério da Saúde. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 480 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Ministério da Saúde – Brasília: 2011. 160 p.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL - CDC. **Community Health Workers / Promotores de Salud: Critical Connections in Communities**, 2006.

DAVIS, T. C.; WOLF, M. S. Health Literacy: Implications for Family Medicine. **Family Medicine**, v. 36, n. 8, p. 595-598, 2004.

FREEMAN, H. P, RODRIGUEZ, R. L. History and principles of patient navigation. **Cancer**, suppl 15, p. 3537–3540, 2011.

INSTITUTE FOR ALTERNATIVE FUTURES, **Patient Navigator Program Overview**. April 13, 2007. Report 07-02.

INSTITUTE FOR HEALTH PROMOTION RESEARCH. **A Patient Navigation Manual for Latino Audiences**: The Redes En Acción Experience aims. University of Texas Health Science Center at San Antonio, 2011.

INSTITUTO PAULO MONTENEGRO/IBOPE (IPM/IBOPE). **INAF BRASIL 2011**: Indicador de Alfabetismo Funcional: Principais Resultados. IPM/IBOPE, 2012. 18 p.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). **Health Literacy: A Prescription to End Confusion**. Washington, DC: National Academies Press; 2004. 367 p. Disponível em: <www.nap.edu.> Acesso em: 06 jan 2012.

KLEIMAN, A. B. (org). **Os significados do letramento: uma nova perspectiva sobre a prática social da escrita**. Campinas: Mercado das Letras, 1995.

MAYER, G. G.; VILLAIRE, M. **Health literacy in primary care: a clinician's guide**. New York: Springer Pub., 2007. 294p.

PARKER, V. A. et al., Patient Navigation: Development of a Protocol for Describing What Navigators Do. **Health Services Research**, v. 45, n. 2, p. 514-31, 2010.

RUDD, R. et al.,. **Health literacy study circles**. Boston: National Center for the Study of Adult Learning and Literacy and Health and Adult Literacy and Learning Initiative, 2005.

SCHILLINGER, D.; BINDMAN, A.; STEWART, A. *et al.*,. Health literacy and the quality of physician-patient interpersonal communication. **Patient Education and Counseling**, v. 3, p. 315-323, 2004.

SORICONE, L.; RUDD, R.; SANTOS, M. S. et al.,. **Health Literacy in Adult Basic Education: designing lessons, units, and evaluation plans for an integrated curriculum**. Boston: National Center for the Study of Adult Learning and Literacy (NCSALL) /Health and Adult Literacy and Learning Initiative (HALL), 2007.

THE LANCET. Patient empowerment – who empowers whom ? **The Lancet**, Volume 379, Issue 9827, Page 1677, 5 May 2012.

UNITED NATIONS EDUCATIONAL, SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATION (UNESCO). Institute for Education. **Health promotion and health education for adults: Health promotion and health education for adults**. In: INTERNATIONAL CONFERENCE ON ADULT EDUCATION (CONFITEA), 5. 1997, Hamburg. The Hamburg Declaration: V International Conference on Adult Education – V CONFITEA. Hamburg: UNESCO, 1997.

UNITED NATIONS EDUCATIONAL, SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATION (UNESCO). **Recommendation on the development of adult education, adopted by the General Conference at its nineteenth session**. Nairobi, 26 Nov. 1976. Paris: UNESCO, 1976.

WELS, K. J. *et al.*,. Patient navigation: state of the art or is it science? **Cancer**, v.113, n.8, p.1999-2010, 2008.

ZARCADOOLAS, C.; PLEASANT, A.; GREER, D. **Advancing Health Literacy: A Framework for Understanding and Action**. San Francisco: Jossey-Bass, 2006.

## CAPÍTULO 8

### **PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE BUCAL: saberes e práticas no contexto da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade.**

Pedro Alves de Araújo Filho  
Kilma Wanderley Lopes Gomes  
Valdicleibe Lira Amorim  
Maria Rocineide Ferreira da Silva

#### **INTRODUÇÃO**

Da formação à prática - contradições e paradoxos da saúde bucal enquanto política de saúde pública

Ao longo do seu processo histórico como profissão, a Odontologia e a prática em saúde bucal, vieram se estruturando em torno de cuidados individuais e tratamentos operatórios invasivos, segundo a lógica de prestação de serviço em troca de pagamento, configurando um modelo de atenção liberal-privatista da denominada 'odontologia de mercado' (MENDES, 1986; BRASIL, 2006a; RIOS *et al.*, 2007; NARVAI; FRAZÃO, 2008).

Nesse contexto, a organização do processo de trabalho em saúde bucal tem raízes histórico-sociais no paradigma biomédico que é hegemônico na prática em saúde, o qual é educacionalmente direcionado e perpetuado, sendo incorporado pelas profissões

da saúde no agir cotidiano, fortalecendo o paradigma dominante na prática odontológica – individual, tecnicista, especializado, curativista e centrado na figura do cirurgião-dentista (MENDES, 1986; BRASIL, 2006a; RIOS *et al.*, 2007; NARVAI; FRAZÃO, 2008).

Associado a esses elementos que caracterizam o modelo hegemônico, destaca-se a omissão histórica do Estado em termos de políticas públicas efetivas e que impactem no contexto brasileiro relacionado à saúde bucal, consequências de um modelo iatrogênico mutilador com acesso restrito, que caracterizava a odontologia como uma das áreas da saúde com extrema exclusão social (MENDES, 1986; BRASIL, 2006a; RIOS *et al.*, 2007; NARVAI; FRAZÃO, 2008). Em contradição com o grau de desenvolvimento da Odontologia em nível mundial e nacional, pois, apesar de em termos de capacitação profissional e de recursos tecnológicos disponíveis, ser considerada uma das mais avançadas do mundo; grande parcela da população, principalmente a mais carente, convive com problemas elementares de saúde bucal, como as doenças cárie e periodontal, em que os instrumentos de controle e cura já são bem desenvolvidos e conhecidos, todavia pouco acessíveis (GARRAFA; MOYSÉS, 1996; MOYSÉS, 2012).

Como consequência desse contexto, a inserção da saúde bucal e das práticas odontológicas enquanto Política de Saúde no Brasil deu-se de forma paralela e afastada do processo de organização dos demais serviços do setor, sendo marcada por conflitos e contradições (RIOS *et al.*, 2007; NARVAI; FRAZÃO, 2008; MOYSÉS, 2012). Em face dessa conjuntura e na tentativa de promover uma maior integração da odontologia com os serviços de saúde em geral, a saúde bucal ganhou nova perspectiva em termos de política pública com a Portaria Ministerial nº 1.444,

de 28/12/2000, que estabeleceu incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa Saúde da Família (PSF) (BRASIL, 2000).

O PSF surge como um programa vertical que oferecia especialmente serviços de saúde materno-infantis a populações mais carentes ou de alto risco (PAIM *et al.*, 2011), em consequência de seus impactos positivos, tornou-se, no discurso oficial, a estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica (AB), tida como sinônimo de Atenção Primária à Saúde (APS) (BRASIL, 2012); sendo adotada pelo Ministério da Saúde (MS) como uma alternativa de promover a reformulação das ações em saúde, considerando que o modelo tradicional de assistência biológica e tecnicista hegemônico impôs um descompasso entre os princípios do SUS e a realidade concreta de implantação do sistema público de saúde universal e de qualidade no país (BRASIL, 1997; SOUZA; RONCALLI, 2007; VIANA; DAL POZ, 2005).

Tomando a saúde bucal como integrante desse processo, sua inserção na lógica estruturante da ESF, representou a possibilidade de criar um espaço de práticas e relações a serem construídas para reorganizar o modelo de atenção, ampliar o acesso às ações de saúde bucal, influenciar a reorientação do processo de trabalho e a re-significação dos saberes e práticas para a própria atuação da saúde bucal no âmbito dos serviços públicos do setor; sendo vista como uma possibilidade de romper com os modelos assistenciais em saúde bucal, excludentes e mercantilistas, que no geral, reproduziam a lógica da prática liberal-privatista da odontologia de mercado (BRASIL, 2004a; SOUZA; RONCALLI, 2007; NARVAI; FRAZÃO, 2008).

No que concerne a Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004a) em suas diretrizes propõe uma organização do processo de trabalho na saúde bucal adequada ao modelo de aten-

ção almejado, para tanto deve se nortear no trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar; na integralidade da atenção; na intersetorialidade; na ampliação e qualificação da assistência; na garantia de condições de trabalho adequadas e de qualidade em parâmetros discutidos e pactuados com todos os atores envolvidos com o objetivo de garantir adignidade e qualidade no trabalho para profissionais e usuários.

### **Micropolítica do trabalho em saúde e a mediação do saber e do fazer no agir na saúde**

Um modelo de atenção à saúde admite uma concepção ampliada e sistêmica que inclui três dimensões: **macropolítica** ou gerencial, **intermediária** ou organizativa e **micropolítica** ou técnico-assistencial ou operativa, e segundo Teixeira (2003, p. 261), “para que se concretize uma transformação do modelo de atenção é imprescindível, a conjunção de propostas e estratégias sinérgicas, nas três dimensões”.

Apesar da importância de contextualizar as influências e as correlações das dimensões que comportam um modelo de atenção à saúde (TEIXEIRA, 2003), nesse trabalho vamos nos deter à dimensão técnico-assistencial ou micropolítica do trabalho em saúde. Sendo que nessa dimensão a organização dos processos de trabalho surge como a principal questão a ser enfrentada para a mudança dos serviços de saúde, no sentido de colocá-lo operando de forma centrada no usuário e suas necessidades (MERHY, FRANCO, 2003; PEDUZZI, SHRAIBER, 2011).

Ao discutir as relações que ocorrem no processo de trabalho das equipes de saúde, Gonçalves (1994, p. 32), considera que a tecnologia é um “conjunto de saberes e instrumentos que expressa,

*nos processos de produção dos serviços de saúde, a rede de relações sociais em que seus agentes articulam sua prática em uma totalidade social*”, ou seja, é constituída não apenas pelo saber, mas também pelos seus desdobramentos materiais e não-materiais na produção dos serviços de saúde. Para o autor, tecnologia refere-se aos nexos técnicos estabelecidos, no interior do processo de trabalho, entre a atividade operante e os objetos de trabalho, através daqueles instrumentos que ganham existência, no trabalho, quando expressão relações entre os homens e os objetos sobre os quais trabalham.

Para Merhy e Franco (2003) o trabalho em saúde é “*trabalho vivo em ato*”, cujo objeto não é plenamente estruturado, possibilitando certo grau de liberdade na forma de realizá-lo, incluindo a produção de subjetividades a partir de tecnologias leves implicadas com a construção de relações entre os vários sujeitos envolvidos: os profissionais, os gestores e os usuários. Segundo esses autores prevalece no atual modo de produção de saúde o uso de tecnologias duras (as que estão inscritas em máquinas e instrumentos), em detrimento de tecnologias leve-duras (definidas pelos saberes estruturados e conhecimento técnico) e leves (as tecnologias das relações de produção de vínculo, autonomização, acolhimento e gestão) para o cuidado ao usuário. Eles enfatizam que apesar da ESF ser tida como um processo de reestruturação produtiva do modelo assistencial na forma de organização das equipes, no trabalho voltado pra o território e no incentivo à vigilância à saúde; em muitos casos, não representam uma transição tecnológica do cuidado em saúde, pois não muda o processo de trabalho, ou seja, a produção do cuidado continua tendo a hegemonia das tecnologias duras e leve-duras.

Ainda nessa discussão sobre a hegemonia da racionalidade tecnológica na mediação entre o saber e o fazer, Campos (2011,

p. 3037) afirma que essa hegemonia é a base do paradigma biomédico, e que “apesar da importância do desenvolvimento técnico, impõe alienação e perda de autonomia a trabalhadores e às práticas sociais em geral”. Ele argumenta que a forma de superar esse dilema seria o trabalho baseado não só no racionalismo tecnológico, mas também e principalmente, seria aquele norteado pela lógica da práxis e da arte, ou seja:

Um trabalho baseado em um saber **e fazer** compreensivo, **crítico e reflexivo**, que inclua o conhecimento técnico específico de cada campo, e também o governo de si mesmo e as relações sociais e políticas. Exige domínio sobre o conhecimento cognitivo, subjetivo e político. Tudo isto, exatamente para ampliar a crítica e a inventividade de cada agente diante da especificidade de cada caso (2011, p. 3037, grifos dos autores).

## **Residência Multiprofissional em Saúde - estratégia de educação permanente para o fortalecimento do SUS**

As primeiras experiências de Formação em Pós-Graduação Multiprofissional em Saúde, sob a forma de Residência, surgiram no Brasil, a partir da segunda metade da década de 1970 (BRASIL, 2006b; FERREIRA; OLSCHOWSKY, 2010; ROSA; LOPES, 2010; HAUBRICH *et al.*, 2015). O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde foi apresentado como estratégia de reorientação da Atenção Básica para a implantação/reorganização dos serviços públicos embasados na lógica do SUS, com o objetivo de produzir as condições necessárias para a mudança no modelo de atenção à saúde médico-assistencial restritivo, ainda hegemônico (ROSA; LOPES, 2010).

Segundo Ceccim (2010), as experiências envolvendo Residências Multiprofissionais como estratégia de formação em serviço, tem acumulado relevante experiência educativa, podendo contribuir para a elevada qualificação dos trabalhadores que atuam na área da Saúde, além de constituírem-se em espaços de formação e conformação crítica, reflexiva e transformadora, para o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), através de processos de Educação Permanente em Saúde (EPS) que possibilite a afirmação do trabalhador em seu universo de trabalho e na sociedade em que vive.

Reforçando a afirmação anterior, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) (BRASIL, 2009a) aponta entre suas diretrizes, a articulação entre o conceito de educação permanente em saúde e sua relação com o trabalho e com as práticas de formação e desenvolvimento profissional no contexto do SUS, conceituando-a como aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A EPS baseia-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. Devendo ser feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e levar em consideração os conhecimentos e as experiências prévias dos sujeitos envolvidos. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e das populações. Sendo assim, os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho.

No que concerne as residências, a legislação brasileira define que as mesmas sejam orientadas pelos princípios e diretrizes

do SUS, a partir das necessidades e realidades locais e regionais, de forma a contemplar uma variedade de eixos norteadores, que objetivam uma formação integral, articulada e integrativa na área da saúde; contextualizada e balizadas pelo conceito de saúde ampliada; de educação permanente; do quadrilátero da formação; do trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar (BRASIL, 2009b). Constituem modalidades de ensino de pós-graduação lato sensu destinado às profissões da saúde, sob a forma de curso de especialização caracterizado por ensino em serviço, com carga horária de 60 (sessenta) horas semanais e duração mínima de 2 (dois) anos, em consonância com as residências médicas que acontecem em ambiente hospitalar e desconsiderem as peculiaridades e especificidades da APS/ESF, imersas num jogo de interesses e de verdades perpetuados nos discursos ligados às relações de poder, constituídos histórica e socialmente, que determinam o modelo pedagógico e de atenção à saúde hegemônicos (BRASIL, 2009b; DALLEGRAVE, KRUSE, 2009).

Sendo assim, partimos da compreensão que o agir na saúde é consequência dos paradigmas pedagógico do ensino na saúde e de atenção à saúde hegemônicos. E que dentre as estratégias que proporcionariam a re-significação de saberes e práticas temos o processo de aprendizagem em serviço sob a lógica da educação permanente em saúde, a exemplo das Residências Multiprofissionais em Saúde.

Esse trabalho foi desenvolvido no contexto do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (PRMSFC) de Fortaleza, o qual tinha o Sistema Municipal de Saúde Escola (SMSE) de Fortaleza, como responsável pela execução pedagógica e administrativa, sendo chancelado pela Universidade Estadual do Ceará. Tinha como objetivo geral qualificar profissionais contribuindo para a consolidação da car-

reira na ESF e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) na rede municipal de saúde (FORTALEZA, 2011). Entretanto, pouco tempo depois desse trabalho ser concluído, o referido programa encerrou suas atividades em 2014, formando três turmas de residentes nesse percurso.

Nosso estudo teve por objetivo compreender como o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade influenciava na organização do processo de trabalho em saúde bucal no contexto da Estratégia Saúde da Família.

## **METODOLOGIA**

Tomamos como pressuposto nesse estudo trabalhar dentro do movimento hermenêutico-dialético, fundamentado na abordagem qualitativa. O recurso metodológico para a apreensão das informações do fenômeno investigado foi o depoimento dos cirurgiões-dentistas, residentes e não residentes, sobre a organização do processo de trabalho em saúde bucal.

Para coleta dos dados utilizamos o fluxograma analisador (FA) proposto por Merhy (1997) por meio da dinâmica de grupo focal (GF). O fluxograma é um diagrama que possibilita representar através de símbolos padronizados universalmente, como está organizado certo conjunto de processos de trabalhos, que se vinculam entre si em torno de certa cadeia de produção. Dessa forma, tendo como pressuposto uma postura crítico-reflexiva, o FA de um serviço de saúde consiste na representação gráfica da organização do processo de trabalho instituído, evidenciando os caminhos percorridos pelo usuário na busca pela assistência às suas demandas e necessidades de saúde (MERHY, 1997; FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

Também, buscamos apreender o discurso dos coordenadores das unidades de saúde de lotação dos residentes a partir de entrevistas semiestruturadas em da pesquisa de documentos relativos ao objeto em estudo. Transversalmente, considerando a implicação do pesquisador com o objeto em questão, podemos apontar a observação participante como fonte de dados, mesmo que parcialmente, pelo fato do estudo incluir locais e momentos históricos distintos, dos quais o investigador não participou integralmente. As informações advindas das entrevistas com coordenadores, da observação participante e da pesquisa documental foram usados de forma complementar para ampliar e aprofundar as informações dos grupos focais, auxiliando-nos na tarefa de compreender nosso objeto de estudo.

O cenário de estudo foi o município de Fortaleza, mas especificamente, as unidades de saúde de lotação dos profissionais-residentes da odontologia das turmas I e II do PRMSFC de Fortaleza. Dessa forma, os participantes desse estudo foram distribuídos em três grupos: grupo 1 – cirurgiões-dentistas (CDs) profissionais-residentes, grupo 2 – cirurgiões-dentistas (CDs) não-residentes e, grupo 3 - os coordenadores das respectivas unidades de saúde. E para serem incluídos no estudo os participantes precisavam ter vivenciado a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC) no período de duração da residência na referida unidade. Como participantes efetivos do estudo contamos com 4 CDs residentes, 6 CDs não-residentes e 3 coordenadores.

O grupo 1 dos CDs residentes participaram do grupo focal 1 - GF1; os CD não residentes (grupo 2) participaram do grupo focal 2 - GF2; enquanto os coordenadores entrevistados (grupo 3) foram denominados coordenador um (C1), coordenador dois (C2) e coordenador três (C3). Para cada grupo elaboramos um roteiro com questões norteadoras sobre o objeto em estudo.

Em síntese, foram usados cinco técnicas/ferramentas para a construção dos dados na triangulação metodológica: 1. o Fluxograma Analisador (FA) foi o elemento indutor da visualização e autoanalisador gráfico da organização do processo de trabalho e condutor das discussões numa perspectiva crítico-reflexiva nos GF sobre o agir na saúde bucal (REIS; DAVIS, 2010), por sua vez; 2. o Grupo Focal (GF), um recorte de compreensão da coleta e construção de informações em grupo (KIND, 2004); 3. a Entrevista Semiestruturada (ESE), método indutor e facilitador do diálogo; 4. a Pesquisa Documental (PD), documentos relacionados ao objeto de estudo; 5. Observação Participante (OP), indutor e facilitador da coleta de dados e compreensão crítica reflexiva do contexto da pesquisa (MINAYO, 2010).

Como estratégia para análise dos dados, utilizamos a proposta da triangulação dos dados em um processo de triangulação do material empírico com o material teórico norteador considerando a seguinte trajetória metodológica enfatizada por Assis e Jorge (2010) a partir de Minayo (2010): ordenação, classificação, e análise final dos dados. Etapas interdisciplinares, dinâmicas e intercomplementares que nos auxiliaram na busca das convergências, divergências e/ou complementaridades e diferenças do material empírico, dos consensos e contradições dos discursos materializados no texto, os quais foram analisados a luz do método hermenêutico-dialético (MINAYO, 2010; ASSIS, JORGE, 2010).

A referida pesquisa foi submetida à Plataforma Brasil, com sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, Parecer nº 203.913, apresentando-se de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

As análises do processo de trabalho em saúde no Brasil se dão a partir de abordagens diversas, desde as mais tradicionais, passando pelas vertentes tecnicistas, até propostas mais criativas e inovadoras que buscam rearticular saberes e práticas em novas bases, como as que se norteiam pelos princípios da integralidade e humanização (REIS; DAVID,2010).

Na perspectiva da consolidação de um sistema de saúde público e democrático, interessa apontar as contradições que permeiam a formação, as relações e os processos de trabalho, num contexto produtivo que tem afetado profundamente os modos de produção do cuidado. Reis e David (2010) argumentam que dentre as diversas vertentes de análise sobre o trabalho de saúde, mantêm-se as correntes que se baseiam numa concepção dialética de sociedade, sustentando sua discussão a partir de categorias da concepção marxista de sociedade, tais como produção social, trabalho vivo, e contradição capital-trabalho. Incluída nessa categoria, destaca-se a trazida por Merhy (1997) que propõe como ferramenta de análise: o fluxograma analisador, a fim de ampliar a compreensão das equipes gerenciais e diretamente responsáveis pelo cuidado sobre como se desenvolve seu processo de trabalho cotidiano, tendo como foco central o usuário.

Segundo Merhy (1997, p. 3), que denominou tal ferramenta de *fluxograma analisador do modelo de atenção de um serviço de saúde*, o FA permite “perceber algumas situações e características importantes sobre o ‘agir na saúde’, [...] refletir sobre como é o trabalho no dia a dia dos serviços, o que lhe é próprio, quem trabalha e como o faz, para que, por que, a quem e como serve, etc.”; independente de categoria profissional. Para o autor com essa ferramenta analisadora procura-se representar o que acontece com qualquer serviço de saúde, particularmente os ligados a um trabalho diretamente “assistencial”.

Para facilitar a construção dos fluxogramas pelos participantes e a discussão nos grupos focais, elaboramos com base nas concepções descritas por Merhy (1997) um Diagrama explicativo/orientador (Diagrama 1), o qual serviu de base para os pesquisadores fazer o nivelamento conceitual sobre o instrumento a ser utilizado para a coleta de dados e explicar/orientar o passo a passo da construção dos fluxogramas analisadores das unidades de saúde pelos participantes do estudo.

**DIAGRAMA 1.** Modelo e caracterização de cada etapa para a construção dos fluxogramas analisadores das Unidades de Saúde nos grupos focais. Fortaleza, 2013.



**Fonte:** Adaptado de Merhy (1997).

Como ilustrado no diagrama, a *Entrada*, representada por uma elipse, refere-se a quem são e o que ocorre no primeiro contato dos usuários com o serviço de saúde bucal, no qual os sujeitos devem responder as seguintes questões sobre os usuários: de onde vem (bairros, comunidades, etc.), quem são, por que procuram o serviço. Na *Recepção*, representada por um retângulo, descrever as formas e mecanismos utilizados para organizar o acesso e o acolhimento à saúde bucal: de que maneira/como, quem faz, quando (horários), locais onde eles podem acessar o serviço, onde os usuários são recebidos/acomodados quando procuram o serviço.

A *Decisão*, representada por um losango, corresponde aos mecanismos e critérios utilizados para dizer SIM ou NÃO, isto é, registrar os distintos critérios de que os serviços se utilizam para

poder dizer se o que o usuário está trazendo como um “problema de saúde” será ou não objeto de ação do serviço, enquanto certa intervenção tecnoassistencial. Além de descrever como isto é feito, por quem é feito e para onde o usuário é direcionado. O *Cardápio de Ofertas*, representado por um quadrado, corresponde a intervenção tecnológica e assistencial propriamente dita, sendo traduzida pelo conjunto de saberes e práticas aplicadas para atenção à saúde do usuário, ou seja, descrever o que se faz com aqueles que conseguem acessar o serviço, como e quem executa a ação.

A *Saída*, representada por uma elipse assim como a *Entrada*, deve-se descrever como aqueles usuários que conseguiram acessar o serviço saem. Sobre esta última etapa, Merhy (1997, p. 8) destaca que é “chave para se poder analisar tanto se o processo intercessor trabalhador/usuário é também ‘acolhedor’ na saída, quanto que tipos de ‘resultados’” a cadeia produtiva está realizando”. Ele enfatiza também que essa etapa permitirá equacionar as perguntas chave sobre um serviço, do ponto de vista de um dado modelo de atenção: o que se produz? Como é produzido, por quem, para que, para quem e suas intencionalidades? Ou seja, além de representar os motivos que os usuários saem do serviço e como a equipe acompanha esse processo, também auxilia no processo de autoanálise e reflexão sobre o fluxo assistencial empreendido e se o serviço é produtor de vínculo e se o serviço/equipe implementa um acompanhamento integral e integrador, contínuo e longitudinal.

Sendo assim, de acordo com Reis e David (2010), os possíveis alcances do FA seriam: revelar a estrutura do processo de trabalho instituído, assim como seus nós críticos; identificar os instrumentos/ferramentas de trabalho utilizados; contribuir para o planejamento e reorganização do processo de trabalho; analisar o modelo assistencial praticado por uma unidade ou equipe de saúde e dispersar processo de autoanálise e auto-gestão na equipe

de saúde. Possibilitando assim uma análise das interfaces entre os sujeitos da prática, seus métodos de ação e modo como interação, e do ponto de vista de um dado modelo de atenção, o FA permite equacionar perguntas chave sobre um serviço de saúde, tais como: o que se produz? Como é produzido, por quem e suas intencionalidades; como já enfatizado.

Os resultados foram agrupados em três eixos ou categorias de análise, a saber: organização do processo de trabalho em saúde bucal; processo de formação na RMSFC de Fortaleza e limites e potencialidades da Residência enquanto ferramenta para subjetivação e resignificação do agir na saúde bucal.

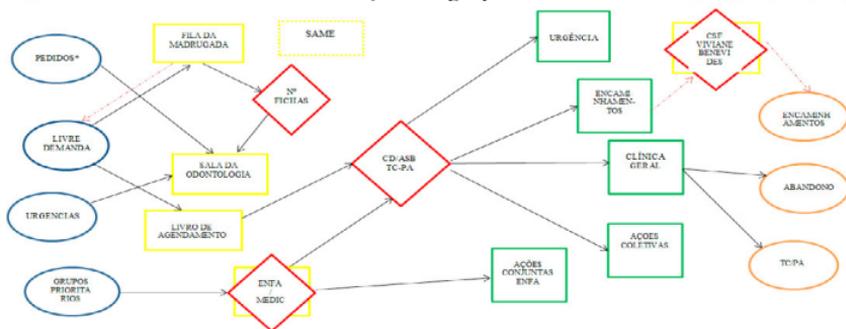
## **Organização do processo de trabalho em saúde bucal**

A organização do processo de trabalho em saúde bucal descrita nos FA refere-se ao período antes da inserção da residência, da análise das representações e das discussões podemos constatar que a *Entrada*, ou seja, a forma de acesso às ações e aos serviços de saúde bucal era geralmente por livre demanda que está diretamente ligada a força de vontade e necessidade de saúde sentida pelo usuário. A *Recepção* em todas as unidades pesquisadas acontecia através da fila da madrugada, além do 'livro de agendamento' que era utilizado em uma unidade e do acolhimento em saúde bucal em outra. Porém, nestes dois casos aconteciam sem nenhuma padronização ou utilização de critérios para avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade como preconizado nas diretrizes da Política Municipal de Saúde Bucal em vigor (FORTALEZA, 2009). Esses momentos de acesso geralmente eram restritos à unidade de saúde e a *Decisão* era centrada nos profissionais de saúde bucal (Cirurgiões-Dentistas/Auxiliares de Saúde Bucal) com base em critérios biológicos/clínicos e restritos às condições orais. O *Cardápio de ofertas* no geral era restrito ao núcleo profissional da

odontologia, com base nos procedimentos odontológicos básicos individuais e nas ações coletivas com foco na saúde bucal.

Assim como as demais etapas do fluxo assistencial retratadas nos FA, a *Saída* em alguns casos era diretamente associada a forma de acesso, mas geralmente restrita à saúde bucal, evidenciando um modelo de atenção à saúde fragmentado, individual, tecnicista e biologicista, característico do modelo biomédico hegemônico e da reprodução da ‘odontologia de mercado’ no serviço público, como já caracterizado nesse trabalho. O diagrama abaixo exemplifica um dos 6 (seis) FA construídos na pesquisa.

**FLUXOGRAMA 2.** Fluxograma analisador de um Centro de Saúde da Família construídos com base nas informações do grupo focal 2. Fortaleza, 2013.



Fonte: Elaborado pelos autores.

## Processo de formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade de Fortaleza

Neste tópico estão incluídas as possíveis contribuições da Residência na organização do processo de trabalho em saúde bucal, as quais foram consubstanciadas pela implantação do acolhimento com classificação de risco e avaliação de vulnerabilidades pela ampliação do cardápio de ofertas para além das ações e serviços de saúde bucal, como podemos aprender na síntese abaixo.

A questão do cardápio de ofertas foi bem ampliada com a Residência, [...] a possibilidade de você estar perto de outros profissionais, trabalhar outras questões, [...] ter mais tempo pra discutir, pra tratar, cuidar das pessoas de forma multiprofissional, multidisciplinar. [...] teve as visitas domiciliares da odontologia, [...], que foi um grande estranhamento pra todo mundo, ACS, ASB, coordenação, até das pessoas que agendavam o carro: ‘O que você vai fazer na casa das pessoas, não tem como você levar as coisas pra lá?’ [...]. A gente organizou algumas atividades e pôde ampliar o processo de educação em saúde, [...] a sala de espera, uma atividade que não era feita antes na unidade; as atividades conjuntas, consultas conjuntas multiprofissionais e o matriciamento em saúde mental. [...]. Isso era uma coisa absurda pros outros dentistas. [...]. A gente tinha oportunidade de fazer um acompanhamento longitudinal desses usuários (GF1).

Sobre a implantação e operacionalização do acolhimento, corresponderam a dois tipos de organização, um diário, realizado na unidade de saúde por um profissional-residente que ficava na escuta, fora do consultório, para resolver os casos de urgência e atender a quem procurasse o serviço odontológico. E outro acolhimento na comunidade por área, portanto, fora da unidade, como enfatizado nas sínteses:

O acolhimento começou com a Residência, mas nós encontramos um substrato favorável, fomos acolhidos nas propostas, nas ideias (GF1). O que mudou foi a entrada, a recepção, o acesso para tratamento concluído, isto é, no lugar do livro de espera, é um acolhimento com classificação de risco. Tornou-se

uma rotina, foi implantado e deu certo, apesar de nossa resistência (GF2).

Sobre o acolhimento em saúde bucal na comunidade, a proposta era que tivesse uma periodicidade mensal se as condições de trabalho assim permitissem, pois em virtude das paralizações no atendimento odontológico por falta de insumos, da manutenção dos equipamentos entre outras, essa periodicidade não se efetivou. Para além da assistência, a ideia era que “o acolhimento fosse um espaço coletivo de escuta, de participação popular, um momento de acesso do usuário ao serviço, independente de ter ou não atendimento clínico (GF1)”.

A operacionalização do acolhimento na comunidade, nas duas turmas da Residência, seguiu a mesma lógica. Inicialmente era realizada a escolha de locais na comunidade, indicados pelos ACS e por pessoas chaves do território. Locais e pessoas já identificados no processo de territorialização no período de imersão comunitária da Residência. Por isso, normalmente eram igrejas e associações comunitárias, descritas como muito receptivas e participativas, além da própria unidade de saúde. Esse acolhimento na comunidade era dividido em quatro momentos basicamente:

1. Recepção dos usuários pelos ACS – neste momento os ACS faziam preenchimento de uma ficha de identificação dos usuários por área adscrita/equipe;
2. Orientações gerais – feitas pelo dentista sobre os objetivos do momento e o porquê daquela escolha de organização da demanda, pactuando-se com os usuários os critérios para definir a ordem de prioridade para o atendimento. Explicava-se sobre os princípios e diretrizes da ESF, sobre adivisão do território em áreas por equipe de referência e micro áreas (MA) por ACS, assim como, sobre funcionamento e organização do serviço como um todo;

3. Escuta e avaliação individual – neste momento é realizado o exame de necessidades em saúde bucal. Cada usuário é examinado e classificado de acordo com o risco apresentado e com as vulnerabilidades a que o mesmo está exposto;

4. Agendamento e ações coletivas em saúde bucal – caso haja necessidade e de acordo com a classificação o paciente era agendado para o atendimento clínico. As ações coletivas referiam-se as atividades de educação em saúde e de escovação supervisionada e aplicação de flúor tópico realizadas pelas ASB.

A escuta e a avaliação individual era realizada com base em um protocolo de acolhimento com avaliação e classificação de risco adaptado de uma experiência desenvolvida no município em 2008 (NUTO *et al.*, 2010). Com pequenas alterações na classificação e na operacionalização dos momentos de acolhimento, seguia os mesmos parâmetros referidos no relato e foi utilizado nas unidades de saúde de lotação pelos profissionais-residentes das duas turmas.

O MS (BRASIL, 2004b) define acolhimento como uma ação técnico-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito ativo e participante no processo de produção da saúde.

Com isso, o acolhimento seria um dispositivo para organizar o processo de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo suas solicitações e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. Implicaria prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando,

quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para continuidade da assistência e estabelecendo articulações com estes serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos, atuando assim na perspectiva da produção do cuidado integral, oportuno e resolutivo (BRASIL, 2004b; SANTOS *et al.*, 2007; FRANCO; MAGALHÃES JUNIOR, 2013).

Santos *et al.*, (2007) destacam que acolhimento é um dispositivo que possibilita construir uma nova prática em saúde e que as equipes de saúde bucal imprimem diferentes formas de acolhimento, ficando na dependência do compromisso e da singularidade dos sujeitos que atuam na prática. E apesar das tensões e conflitos impressos nesse momento, constitui-se em um encontro com potencialidade para construir alternativas de mudança.

Os acolhimentos em saúde bucal não se restringiam a categoria profissional, constituindo-se em formas de acesso para os diversos serviços ofertados pela unidade de saúde e equipe multiprofissional de profissionais-residentes. Além disso, nos momentos coletivos havia uma articulação multiprofissional para ações de educação e promoção da saúde de forma ampliada, para além do escopo da saúde bucal e organização do serviço, incluindo atividades de discussão sobre participação e controle social, alimentação e nutrição, ESF, direitos dos usuários do SUS e outros temas relativos às atribuições dos profissionais da ESF e do NASF.

A gente também fazia momentos multiprofissionais, [...] começava o momento de acolhimento, com um momento de discussão de algum problema da Comunidade, era uma roda de conversa e a gente aproveitava e falava um pouco da organização da Unidade de Saúde, [...], o que eram as Equipes, quem eram as pessoas das equipes, como se organizava,

aquela coisa toda. A gente também tinha um momento de discussão, por exemplo, sobre a questão do Sistema Único de Saúde, do direito do acesso aos usuários nos serviços de saúde, tinha esse momento (GF1).

Com base nesses pressupostos, os acolhimentos que vivenciamos ajudaram a reduzir as barreiras ao acesso dos usuários na busca pela atenção à saúde bucal integral, constituíram-se em momentos de participação popular e de responsabilização entre profissionais e usuários, além do estímulo a formação de vínculo, particularmente, nos acolhimentos realizados pelos profissionais-residentes. Entretanto, não atingiram a potencialidade dessa diretriz operacional para organização do processo de trabalho no contexto da ESF, pois, sua evolução depende do entendimento que este é um processo dinâmico e como tal necessita ser constantemente reavaliado, repensado, replanejado para que possa realmente se constituir num dispositivo que permita instituir mudanças na organização do processo de trabalho e romper com os processos cristalizados, de modo a promover “a introdução de modificações no cotidiano do serviço em torno de um processo usuário-centrado, mais comprometido com a defesa da vida individual e coletiva” (FRANCO, BUENO, MERHY, 1999, p. 346).

Dentre os limites e potencialidades da Residência são apontadas questões que influenciaram direta ou indiretamente o desenvolvimento e qualidade da RMSFC, tais como: deficiências estruturais, manutenção e continuidade dos serviços ofertados nas unidades de lotação dos profissionais-residentes; dificuldades de interação entre residentes e profissionais do serviço. Questões essas iminentes da precarização, contradições e estrangimentos do próprio SUS, enquanto política pública prioritária para efetivação de um sistema de saúde universal e de qualidade, as quais inviabilizam os atributos esperados para que a APS/ESF

sejam efetivadas como porta de entrada preferencial ao sistema de saúde, como ordenadora das redes de atenção à saúde e coordenadora do cuidado integral, contínuo e longitudinal (STARFIELD, 2002; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; BRASIL, 2012). Além das fragilidades imanentes do Sistema Municipal de Saúde Escola (SMSE) enquanto instituição administrativa e executora do programa, e indutora das atividades e momentos de educação permanente no município; outra fragilidade está associada à ausência da condução e apoio pedagógica pela instituição certificadora, atribuições exercidas também pelo SMSE.

[...] a organização do processo de trabalho nunca tem só a ver com o profissional [...]. A grande realidade dos serviços é que estes não estão abertos para os profissionais pensar e terem tempo para discutir os problemas do território, o que vem de necessidade de saúde do território. [...] o processo de trabalho tem outros fatores, fatores ligados à questão da individualidade profissional, [...] da formação do profissional, a faculdade forma esse profissional pra trabalhar dessa forma? [...] Essa sensibilidade social tão cobrada do trabalhador (GF1).

No contexto das equipes estudadas, os resultados apontam a própria organização do processo de trabalho e o discurso contraditório dos profissionais como um entrave a essa interação, profissionais do serviço-residentes. Esse fato pode estar relacionado com a dificuldade de se efetivar a integração dos profissionais para constituição de equipes multidisciplinares, pois como destacado pelos depoentes, fora da equipe de residentes, os momentos de encontros, de integração e de trocas entre os profissionais do serviço, eram poucos ou ausentes.

A diferença entre os residentes e os outros profissionais da equipe de saúde era a organização do processo de trabalho. Os outros profissionais chegam preocupados em atender os pacientes marcados, atendem e vão embora. A Residência era preocupadano acompanhamento, no caminhar da demanda em busca da unidade. [...]. Os profissionais das unidades por conta das dificuldades, da falta de incentivo acabam se acomodando e o NASF quando veio pra unidade foi só um dia na semana, não dá conta, fica muito solto o trabalho (C3).

Consequentemente, é evidente a necessidade de mudança na formação na saúde e nas práticas dos profissionais, como salientam Ceccim e Feuerwerker(2004), esses trabalhadores são produtos de um modelo pedagógico de ensino tradicional, flexneriano, biológico-centrado, com base em procedimentos técnicos. Portanto, para esse novo agir na saúde numa perspectiva de atenção integral e de produção de cuidado centrado no usuário, suas necessidades e demandas; considerando as peculiaridades e a complexidade do setor, requer trabalhadores de saúde com outro perfil, aptos a atuar em equipes multiprofissionais e interdisciplinares, isto é, com competências e habilidades para atuar numa nova lógica de produção do cuidado (LIMA *et al.*, 2012).

Para Ceccim e Pinto (2007) o SUS jamais conseguirá cumprir seus princípios e diretrizes sem a integração entre saúde e educação. Para tanto, a formação e o exercício profissional em saúde não podem seguir linhas paralelas, precisam embasar-se na complementaridade, na qual um deve atender as necessidades do outro em função de uma questão maior, a organização de um sistema de saúde cujo objeto final é a produção do cuidado integral e resolutivo. Nesse sentido, Lima *et al.*, (2012) destaca que no

setor da educação, a formação instrumentaliza profissionais, possibilita o desenvolvimento de habilidades e tecnologias a serem implementadas a partir das perspectivas decorrentes do cuidado e da assistência a diferentes demandas e necessidades de forma contextualizada. Em contrapartida, a organização do sistema de saúde proporciona campos de práticas e os cenários de intervenção, que nos sinalizam o campo de possibilidades reais desse processo formativo partindo das necessidades da sociedade, sejam estas tecnológicas ou subjetivas.

Nesse contexto, as Residências Multiprofissionais em Saúde para as várias profissões funcionam para ampliar a incorporação de recursos de atenção integral nos serviços e regiões pela formação de equipes multiprofissionais que atuam de forma interdisciplinar, permitindo o acolhimento e ênfase na transformação das iniquidades pela resolutividade dos problemas complexos do viver (CECCIM; PINTO, 2007).

A Residência foi importante em todos os momentos, a questão do acolhimento, do planejamento, das reuniões, da integração com a equipe, eles sempre procuraram [...]. Na questão do ressurgimento da roda, na Terapia Comunitária, na educação em saúde, tudo a gente pode perceber dentro da Residência. A residência pra mim é o verdadeiro PSF, é a formação de profissionais voltados para o PSF [...]. Porque eles têm toda dimensão daquilo que estar no papel, da reunião de grupos, da discussão de casos, pegando todos os componentes da equipe (C2).

Com a Residência eu vi outra forma de trabalho com a população que eu não tinha vivenciado enquanto enfermeira do PSF, a questão

da classificação por áreas, a organização do acolhimento na comunidade, grupos de trabalho de educação em saúde, as ações de saúde bucal, aqui eu vi uma realidade que até então eu nãoconhecia (C3).

Eu achava legal demais o que vocês faziam nas escolas. Eu tive um estímulo muito grande disso aí. Mas, eu não tenho esse preparo, eu fui preparada pra atendimento clínico. Então vocês faziam as atividades em conjunto e vocês tinham muito mais, assim, as dinâmicas (GF2).

Como potencialidades a Residência é destacada como uma ferramenta indutora de boas práticas e de reorganização do processo de trabalho no âmbito da ESF; além de se constituir em um espaço crítico-reflexivo proporcionando a ressignificação e a subjetivação de saberes e práticas no sentido de romper com o modelo de atenção à saúde hegemônico e com o modo de produção que incorpore o singular dos sujeitos e dos territórios e acolha a produção de subjetividade presente, apesar de todas as fragilidades do programa (GUATARRI; ROLNIK, 1996; AYRES, 2001).

A Residência tá acabando e eu não vou conseguir voltar como eu era antes, uma dentista de consultório, com demanda espontânea, com agenda livre para marcação, [...], passei por todo esse processo da Residência, onde eu vi um novo mundo, um novo olhar, uma nova gama de atividades pra eu participar enquanto dentista, enquanto profissional da saúde [...].

A Residência faz a gente querer se questionar e transformar nossas práticas, realmente, é impressionante. Ela te possibilita ampliar, re-

almente sair da casca da Odontologia. [...] e a gente se permitiu isso. [...] Você não pertence, necessariamente, só ao núcleo (GF1).

Destarte, atrevemo-nos a fazer uma analogia da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade como ‘a terceira margem do rio’ de Guimarães Rosa, tomando emprestadas as palavras de Evelina Hoisel (2013) sobre esse conto, quando ela afirma que:

A terceira margem é – e será? - essa possante maquinaria de produzir sentidos, este(não) lugar atravessado por todos aqueles que realizam o gesto precípua – e corajoso – de instaurar outras ordens de valores existenciais, desordenando uma ordem estabelecida e nos ofertando a possibilidade de renovadas travessias.

Por fim, a respeito das potencialidades trazidas pela interação entre os mundos do ensino e do trabalho, Guizardi *et al.*, (2006) argumentam que, essa interação tende a diferenciar o fazer dos profissionais em formação e da equipe de saúde do modelo tecnoassistencial hegemônico, causando estranhamentos que delineiam espaços de trocas, facilitando o compartilhar dos problemas, que muitas vezes requer como recurso a criação de novas práticas e relação entre os sujeitos implicados na produção do cuidado.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A organização do processo de trabalho descrita nos fluxogramas analisadores, que retratam o período antes da Residência, demonstra que a forma de acesso às ações e aos serviços de saúde bucal era geralmente por livre demanda que está diretamente liga-

da a força de vontade e necessidade de saúde sentida pelo usuário. Além disso, tais ações e serviços eram restritos à unidade de saúde e às condições orais, cuja decisão era centrada na figura do cirurgião-dentista, o qual tinha seu processo de trabalho orientado por critérios individuais e biológicos, evidenciando a reprodução do modelo de atenção à saúde bucal liberal-privatista no serviço público.

Consequentemente, com base nos nossos achados podemos afirmar que os saberes e as práticas na saúde bucal não estão direcionados para um agir que impacte significativamente na reorientação do modelo hegemônico, na perspectiva do cuidado integral. Portanto, a proposta de reorientação do modelo de atenção à saúde através da ESF num contexto tão controverso entre a teoria e a prática resulta em um paradoxo; pois, simplesmente constituir uma equipe multiprofissional com um *'modus operandi'* individualizado e fragmentado, que se orienta pelo modelo de atenção à saúde hegemônico, histórico e socialmente constituído, o qual é educacionalmente reforçado e direcionado; não significa que tais profissionais irão atuar conforme essa nova proposta sem que haja um concomitante processo que estimule a subjetivação e ressignificação dos seus saberes e práticas que atendam às necessidades desse novo campo de atuação, com profissionais que tenham o usuário em sua inserção familiar e sociocomunitária como o centro da organização do processo de trabalho em equipes multiprofissionais e interdisciplinares com uma visão ampliada e contextualizada sobre o processo de determinação da vida.

Portanto, para que se tenha um impacto efetivo na constituição de seus saberes e fazeres, e se alcance a reorientação tão propalada é necessário à composição de um contexto favorável a mudança, através da conjunção de propostas e estratégias sinérgicas em todas as dimensões que influenciam direta ou indiretamente o modelo de atenção que se pretende modificar.

Nesse estudo evidenciamos que a Residência contribuiu efetivamente na qualificação do acesso e acolhimento dos usuários e proporciona uma ampliação do cardápio de ofertas dos procedimentos e da atenção à saúde prestada, através da subjetivação e ressignificação do agir na saúde bucal, na perspectiva do cuidado integral.

Outras pesquisas e aprofundamentos sobre esse tema são necessários para apontar os caminhos e as estratégias para ressignificação e subjetivação de saberes e práticas e a reorganização do modelo de atenção à saúde centrado nos usuários/territórios e suas necessidades. Sem a pretensão de fazer conclusões, destacamos que a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade de Fortaleza por sua posição contra hegemônica, mesmo que momentaneamente e com limitações, ocupou efetivamente uma posição antagônica aos sistemas de produção da subjetividade dominante, por constituir-se num espaço de ação e reflexão, de construção de algo novo diferente do instituído, de ruptura com a alienação e opressão do modelo dominante, num processo de singularização dos saberes e das práticas.

## REFERÊNCIAS

ASSIS, Marluce Maria Araújo; JORGE, Maria Salete Bessa. Método de análise em pesquisa qualitativa no campo da Saúde Coletiva. In: SANTANA, Judith Sena da S.; NASCIMENTO, Maria Ângela A. (Org.).

**Pesquisa:** técnicas de conhecimento da realidade social. Feira de Santana: UEFS, 2010.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 6(1): 63-72, 2001.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS n.º 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, v. 134, n. 201, out. 1996. Seção 1, p. 21.082-21.085.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. - Brasília, 1997. 36p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1444/GM Em 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Brasília, 2000. Acesso em: 04/12/2011. Disponível: <http://www.saude.rs.gov.br/dados/11652497918841%20Portaria%20N%BA%201444%20de%2028%20dez%20de%202000.pdf>.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica/Coordenação Nacional De Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2004a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS/Acolhimento com avaliação e classificação de risco**: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília, 2004b. 48 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde Bucal**: Cadernos de Atenção Básica, n. 17 (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Residência multiprofissional em saúde**: experiências, avanços e desafios / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília, 2006b. 414 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. – Brasília,

2009a. 64 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9).

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação/ Ministério da Saúde. **Portaria interministerial nº 1.077**, de 12 de novembro de 2009b [DOU da República Federativa do Brasil nº 217, sexta-feira, 13 de novembro de 2009]. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 16(7): 3033-3040, 2011.

CECCIM, Ricardo Burg. Residências em saúde: as muitas faces de uma especialização em área profissional integrada ao SUS (prefácio). In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Grupo Hospitalar Conceição Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde**. Organização de Ananyr Porto Fajardo, Cristianne Maria Famer Rocha, Vera Lúcia Pasini. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14(1):41-65, 2004.

CECCIM, Ricardo Burg; PINTO, Luiz Felipe. A formação e especialização de profissionais de saúde e a necessidade política de enfrentar as desigualdades sociais e regionais. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 31 (2): 266–277, 2007.

DELLEGRAVE, Daniela; KRUSE, Maria Henriqueta Luce. No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da residência multiprofissional em saúde. **Interface/Comunicação SaúdeEducação**. v.13, n.28, p.213-37, jan./mar. 2009.

FERREIRA, Sílvia Regina; OLSCHOWSKY, Agnes. Residência: uma modalidade de ensino. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Residências em Saúde: fazeres e saberes na formação em saúde**. Ananyr Porto Fajardo, Cristianne Maria Famer Rocha, Vera Lúcia Pasini (organizadores). Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p. 23-34.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Diretrizes da Política Municipal de Saúde Bucal 2010 – 2013**. Fortaleza, 2009.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde/Sistema Municipal de Saúde Escola (SMS/SMSE). **Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade: projeto político pedagógico**. Fortaleza, 2011.

FRANCO, Túlio Batista; MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio Miranda. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. Acesso em: 22/07/2015. Disponível em: [http://www.uff.br/pgs2/textos/Integralidade\\_na\\_Assistencia\\_a\\_saude\\_\\_Prof\\_Dr\\_Tulio\\_Franco\\_e\\_Helvécio\\_Magalhaes.pdf](http://www.uff.br/pgs2/textos/Integralidade_na_Assistencia_a_saude__Prof_Dr_Tulio_Franco_e_Helvécio_Magalhaes.pdf).

FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderlei Silva; MERHY, Emerson Elias. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 15(2): 345-353, abr-jun, 1999.

GARRAFA, Volney; MOYSÉS, Samuel Jorge. Odontologia brasileira: tecnicamente elogiável, cientificamente discutível, socialmente caótica. **Divulgação em saúde em debate**, Londrina, n. 13, p. 6-17, jul. 1996.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, Lígia (org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

GONÇALVES, Ricardo Bruno Mendes. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo**. – São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1994.

GUATARRI, Félix; ROLNIK, Suely. **Micropolítica**: cartografias do desejo. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

GUIZARDI, Francini L. *et.al.* A formação de profissionais orientada para a integralidade e as relações político institucionais na saúde: uma discussão sobre a interação ensino-trabalho. In: CECCIM, R, B.; PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (Org.). **Ensinar saúde**: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ, 2006.

HAUBRICH, Paula Lopes Gomide *et al.,.* Intenções entre tensões: as residências multiprofissionais em saúde como locus privilegiado da educação permanente emsaúde. **Rev. Saúde em Redes**, Porto Alegre, 2015; 1 (1): 47-56.

HOISEL, Evelina. A terceira margem do rio: na canoa com Rosa, 2013. Acesso em: 24/04/2013. Disponível em: [http://www.academiadeletras-dabahia.org.br/Artigos/aterceiramargem.html#\\_ftn1](http://www.academiadeletras-dabahia.org.br/Artigos/aterceiramargem.html#_ftn1).

KIND, Luciana. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 10, n. 15, p. 124-136, jun, 2004.

LIMA, Leilson Lira de *et al.,.* Sentidos e significados da integralidade e interdisciplinaridade na formação em saúde. In: JORGE, Maria Salete Bessa; LIMA, Leilson Lira de; PINTO, Antonio Germane Alves (organizadores). **Caminhos da formação em saúde**: políticas, desafios e contradições – ensino, pesquisa, cuidado e gestão. – Fortaleza: EdUECE, 2012.

MENDES, Eugênio Vilaça. A Reforma Sanitária e a educação odontológica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2 (4): 533-552, out/dez, 1986.

MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. IN: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (orgs). **Agir em saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1997.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 316-323, set./dez. 2003.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.

MOYSÉS, Samuel Jorge. Políticas de Atenção à Saúde Bucal. In: GIOVANELLA, Lígia (org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

MOYSÉS, Simone Tetu; WATT, Richard. Promoção de saúde bucal: definições. In: BUISCHI, Yvonne de Paiva. **Promoção da saúde bucal na clínica odontológica**. – São Paulo: ArtesMédicas/EAP-APCD, 2000. p. 03-22

NARVAI, Paulo Capel; FRAZÃO, Paulo. Saúde bucal no Sistema Único de Saúde. In: **Saúde bucal no Brasil**: muito além do céu da boca. – Editora Ficruz. Rio de Janeiro, 2008.

NUTO, Sharmênia de Araújo Soares *et al.*,. O acolhimento em saúde bucal na estratégia de saúde da família, Fortaleza-CE: um relato de experiência. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 4, p. 505-509, out./dez. 2010.

PAIM, Jairnilson Silva *et al.*,. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet (on line)**, 2011. Acesso de em 01/03/2013. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>.

PEDUZZI, Marília; SCHRAIBER, Lília Blima. Processo de trabalho em saúde. Acesso em: 06/10/2011. Disponível: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html>>.

REIS, Valéria Maria; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. O fluxograma analisador nos estudos sobre o processo de trabalho em saúde: uma revisão crítica. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v.13, n. 1, p. 118-125, jan./mar, 2010.

RIOS, Ediara Rabello Girão *et al.*,. Senso comum, ciência e filosofia: elo dos saberes necessários para a promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 12(2): 501-509, 2007.

ROSA, Soraya Diniz, LOPES, Roseli Esquerdo. Residência multiprofissional em saúde e pós-graduação lato sensu no Brasil: apontamentos históricos. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7 n. 3, p. 479-498, nov.2009/fev.2010.

SANTOS, Adriano Maia dos *et al.*,. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(1):75-85, jan, 2007.

STAFIELD, Barbara. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. - Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

SOUZA, Tatyana Maria Silva de; RONCALLI, Angelo Giuseppe. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(11):2727-2739, nov, 2007.

TEIXEIRA, Carmem Fontes. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 257-277, set./dez. 2003.

VIANA, Ana Luiza D'ávila; DAL POZ, Mario Roberto. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15(Suplemento): 225-264, 2005.

## CAPÍTULO 9

### **INTERAÇÃO ENSINO-SERVIÇO E DIVERSIFICAÇÃO DOS CENÁRIOS DE PRÁTICA: reflexões para a formação de enfermeiros comprometidos com o SUS**

Danielly Maia de Queiroz

Lúcia Conde de Oliveira

Maria Marlene Marques Ávila

Mirian Ferreira Coelho Castelo Branco

Elisângela Rebouças Custódio

#### **INTRODUÇÃO**

A Política Pública de Saúde no Brasil vem se redefinindo ao longo das últimas décadas. O Sistema Único de Saúde (SUS) consolidou-se como processo de construção política e institucional na Reforma Sanitária. Seus princípios são alinhados por meio da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080 de 1990), com base no artigo 198 da Constituição Federal de 1988, atualmente regulamentada pelo Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.

Universalidade, integralidade e equidade são os pilares do SUS que tem como foco a promoção da saúde humana. Pensar saúde no atual contexto político requer um olhar não só crítico acerca da formulação e implementação dos programas, projetos e ações, mas sim de medidas estratégicas voltadas para o alcance dos princípios estabelecidos na carta magna.

Percebendo a importância de um novo olhar para o cuidado em saúde, buscando estratégias para mudanças profundas e efetivas no campo prático da saúde coletiva e visando a superação do modelo de formação, historicamente, biologicista hospitalocêntrico, fragmentado e voltado para doença, o Ministério da Saúde (MS), por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, (SGTES), em parceria com a Secretaria de Educação Superior (SESU), o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) do Ministério da Educação (MEC), e com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), lançaram em novembro de 2005 o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) (BRASIL, 2007).

Inicialmente, a Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.101 contemplou apenas três cursos de graduação que integram as equipes de referência da Estratégia de Saúde da Família: Enfermagem, Medicina e Odontologia. A proposta de uma ação intersetorial entre o MS e o MEC trouxe em seu bojo o mérito de integrar uma política que propõe ações articuladas com vistas a promover mudanças pautadas por objetivos comuns e abrindo possibilidades para o modelo formador (BRASIL, 2007).

Porquanto, constitui-se em inovação para as Instituições de Ensino Superior (IES), a qual contempla a articulação entre ações e procedimentos que consideram os objetivos comuns capazes de induzir mudanças, bem como indicam caminhos a serem seguidos pelas IES (BRASIL, 2007).

Em 2007, por meio da portaria Interministerial MS/MEC nº 3.019, o Pró-Saúde foi ampliado visando contemplar os demais cursos da área da saúde. O objetivo geral do programa é reorientar a formação profissional, assegurando uma compreensão

global do processo saúde-doença, promovendo transformações na geração de conhecimento, ensino e aprendizagem e na assistência à saúde da população.

O Pró-Saúde incentiva os estudantes de graduação a estender os horizontes de sua aprendizagem acadêmica, por meio da observação do cotidiano da sua profissão, adequação e introdução do estudante de forma precoce no contexto do sistema de saúde e no contexto social da população usuária do SUS. Desta forma, possibilita o deslocamento do eixo formador pautado pela assistência individual e curativa para um processo implicado com as reais necessidades sociais (BRASIL, 2007), bem como viabiliza a intervenção no processo formativo propiciando um “processo sintonizado com as necessidades sociais, levando em conta as dimensões históricas, econômicas e culturais da população” (BRASIL, 2007, p.14).

Enquanto proposta de reorientação da formação, o Pró-Saúde contempla três eixos: 1. Orientação teórica; 2. Cenários de prática; e 3. Orientação pedagógica. Cada um destes, por sua vez, incorporam três vetores, os quais são avaliados mediante as evidências verificadas no processo formativo, propiciadas pelas IES.

Conforme a presença ou ausência dessas evidências os cursos são classificados como: Estágio 1, que caracteriza os cursos mais tradicionais e de posturas conservadoras; Estágio 2, compatível com os cursos que estão em processo de transição; e Estágio 3 ou imagem-objetivo, isto é, processo formativo caracterizado por práticas pedagógicas inovadoras, realizadas à luz das necessidades da população usuária do SUS (BRASIL, 2007).

Subjaz à proposta do Pró-Saúde a necessidade de formar profissionais críticos, reflexivos, coerentes, sensíveis ao cuidado com o ser humano, cuja prática articule os conhecimentos téc-

nicos com a dimensão do cuidado humanizado, numa práxis transformadora necessária às novas situações e demandas que se configuram a partir dos princípios e diretrizes do SUS. Entre estes profissionais, este texto tratará especificamente da categoria profissional de enfermeiros.

Os profissionais de Enfermagem de nível superior são essenciais ao modelo assistencial da Estratégia Saúde da Família. Porquanto, o modelo formador destes profissionais é um determinante da atenção prestada à população pelo SUS. Ademais, conforme o Art. 1º do Capítulo I, do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, a Enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde do ser humano e da coletividade, e atua na promoção, proteção, recuperação da saúde e reabilitação das pessoas, respeitando preceitos éticos e legais (BRASIL, 1995).

Historicamente, a formação do enfermeiro tem em seu percurso o modelo hegemônico concebido pela biomedicina, modelo este que valoriza as especialidades, as tecnologias e o sujeito individual, refletindo em práticas medicalizantes (TESSER; LUZ, 2008). Frente a isso, percebe-se que o processo formativo vem sofrendo várias influências na atualidade, determinadas por avanços tecnológicos, mudanças no SUS, inversão da pirâmide populacional, entre outros (SILVA; SOUSA; FREITAS, 2010).

Desta forma, cabe às IES reorganizar um processo formativo que seja coerente com as necessidades de saúde da população e com o seu contexto social, formando profissionais capazes de aliar subsídios teóricos e práticos e atentos às necessidades de adaptação e inovações exigidas na rotina do trabalho em seu cenário de prática.

No reconhecimento dessas necessidades, o Conselho Nacional de Educação (CNE) e a Câmara de Educação Superior

(CES) instituíram por meio da Resolução CNE/CES 1.133, de 7 de agosto de 2001, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de Enfermagem, Medicina e Nutrição. As DCN representam a possibilidade de aproximação da formação de nível superior em saúde das propostas do SUS, por meio de uma nova concepção curricular – o Projeto Político Pedagógico (PPP), cujo desenho incorpora características de flexibilidade e dinamicidade do processo formativo (BRASIL, 2001).

Nas DCN são definidos princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação em saúde, estabelecidas pela CES/CNS para aplicação em âmbito nacional na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos cursos de graduação na área da saúde (BRASIL, 2001). Essa resolução evidencia a necessidade de articulação entre os setores da educação e da saúde, com o intuito de mudanças processuais na formação dos profissionais de Enfermagem, Medicina e Nutrição.

As DCN contemplam os seguintes aspectos: perfil do formando egresso/profissional; competências e habilidades; conteúdos curriculares; estágios e atividades complementares; organização do curso; acompanhamento e avaliação. Além destes pontos, preconizam que a formação dos profissionais deve atender às necessidades sociais da saúde com ênfase no SUS, ou seja, na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde (BRASIL, 2001).

Indicam, portanto, as competências comuns gerais para o perfil de formação contemporânea dentro de referenciais nacionais e internacionais de qualidade para assegurar a integralidade da atenção, a qualidade e a humanização do atendimento. Especificamente em relação ao perfil do profissional de Enfermagem, este é assim definido:

Enfermeiro, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Profissional qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões biopsicossociais dos seus determinantes. Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano; e II - Enfermeiro com Licenciatura em Enfermagem capacitado para atuar na Educação Básica e na Educação Profissional em Enfermagem. (BRASIL, 2001, Art 3, incisos I e II).

Os conteúdos essenciais para o curso de graduação em Enfermagem devem estar relacionados com o processo saúde-doença de indivíduos, famílias e coletividades, integrados à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em Enfermagem, atrelado à defesa do SUS. Segundos as DCN, os conteúdos devem contemplar: Ciências Biológicas e da Saúde; Ciências Humanas e Sociais; e Ciências da Enfermagem (BRASIL, 2001). Contudo, percebe-se que apesar de as DCN proporem estratégias de valorização do SUS na perspectiva da integralidade, ainda é possível encontrar no cenário acadêmico a ênfase na dimensão curativista, biologicista, hospitalocêntrica e com foco em patologias.

No tocante aos estágios e às atividades complementares, as DCN regulamentam como um aspecto obrigatório a inclusão do estágio supervisionado em hospitais gerais e especializados, ambulatorios, rede básica de serviços de saúde e comunidades

nos dois últimos semestres do curso. Esta atividade deve ter assegurada a efetiva participação dos enfermeiros do serviço de saúde onde se desenvolve o referido estágio, cuja carga horária mínima deverá totalizar 20% da carga horária total do curso.

Em seu Art. 8º, as DCN referem que as IES deverão criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos adquiridos pelo estudante por meio de estudos e práticas independentes, presenciais e/ou à distância, a saber: monitorias e estágios; programas de iniciação científica; programas de extensão; estudos complementares e cursos realizados em outras áreas afins (BRASIL, 2001).

A organização do curso bem como o acompanhamento/avaliação devem se pautar pela construção coletiva, centrada no estudante como sujeito da aprendizagem e apoiada no docente como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. As avaliações dos estudantes deverão se basear em competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos tendo como referência as DCN (BRASIL, 2001).

As exigências regulamentadas pelas DCN e os objetivos do Pró-Saúde, os quais ressaltam que a formação do enfermeiro deve atender as necessidades sociais da saúde com ênfase no SUS e assegurar a integralidade da atenção, a qualidade e a humanização do atendimento, requer que os docentes tenham ao longo do processo ensino-aprendizagem um olhar aguçado sobre a importância da interação ensino-serviço e a diversificação dos cenários de prática, desvincilhando-se do modelo técnico-científico que forma profissionais desvinculados da realidade social do país e, conseqüentemente, despreparados para atender as necessidades e as expectativas sociais reais, considerando que:

Cenários de aprendizagem se referem, não somente ao local onde são realizadas as práticas, mas aos sujeitos envolvidos, à natureza do conteúdo, às interrelações entre método pedagógico, áreas de práticas e vivências, tecnologias e habilidades cognitivas e psicomotoras (COLLISELLI *et al.*, 2009, p. 23).

Desse modo, não se percebem desafios apenas para docentes e discentes, mas ainda aos agentes institucionais, trabalhadores e usuários, cuja interação contribui substancialmente para a ressignificação do papel dos profissionais enquanto coprotagonistas na construção da saúde (TENÓRIO, 2014). Destaca-se que o processo formativo construído em ambientes coletivos de trabalho e vinculado à educação permanente se configura como uma via de mão dupla, possibilitando o aprender a aprender.

Ante o exposto, o processo formativo deve ser construído e vivido em diferentes instituições de saúde, pois se recomenda que as práticas clínicas ocorram em todos os níveis da rede do SUS, articuladas a equipamentos sociais existentes no território; devem também ser incorporados aspectos relativos à gestão do cuidado de saúde, incluindo componentes de regulação, vigilância em saúde, entre outros (BRASIL, 2007).

No entanto, esse processo nem sempre tem sido compartilhado, pois muitas vezes as instituições restringem sua participação à cedência dos espaços e à definição do quantitativo de vagas para estagiários ou, por outro lado, o ensino tem sido acusado de não oferecer suporte adequado ao acompanhamento dos estudantes e não definir sua contrapartida ao serviço no tocante à promoção de atividades de educação permanente e à assessoria técnico-científica (COSTA; GERMANO, 2007).

Dada a importância do cenário de práticas ressaltada tanto pelas DCN quanto pelo Pró-Saúde, buscou-se neste estudo abordar a formação de enfermeiros realizada por uma universidade pública em Fortaleza-CE, tomando como perspectiva de análise o eixo “Cenários de prática” do Pró-Saúde e seus respectivos vetores, a saber: Vetor 1 – Interação ensino/serviço; Vetor 2 – Diversificação dos cenários do processo de aprendizagem; e Vetor 3 – Articulação dos serviços universitários com o SUS.

## **PERCURSO METODOLÓGICO**

Trata-se de um estudo derivado de uma pesquisa maior, de caráter multicêntrico, intitulada “Avaliação da formação de profissionais de saúde de nível superior pelas universidades públicas em Fortaleza-CE”, que avaliou os cursos de graduação da área de saúde nas universidades públicas em Fortaleza-CE, com ênfase na formação para atuação na atenção primária à saúde. Essa pesquisa foi contemplada e financiada pela Chamada 03/2012 – Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em Saúde (PPSUS-REDE-MS/CNPq/FUNCAP/SESA).

O objetivo deste recorte é a análise do processo formativo de um curso de graduação em Enfermagem de uma universidade pública cearense, na perspectiva do eixo “Cenário de práticas” do Pró-Saúde. A pesquisa foi realizada no município de Fortaleza (CE), no período compreendido entre junho a dezembro de 2014. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas com 31 discentes e 10 docentes e de pesquisa documental junto ao Projeto Político Pedagógico (PPP) do curso.

Realizou-se a análise dos dados mediante a identificação das evidências relacionadas aos vetores do eixo “Cenários de prática”, referidas pelo Pró-Saúde conforme descrito a seguir.

O vetor “Interação ensino/serviço” considera como evidências da imagem-objetivo o processo formativo com as seguintes características: envolve a comunidade como espaço social participativo; centra-se nas necessidades de saúde da população; conta com cobertura dos serviços com base populacional; enfoque epidemiológico de risco e patologia predominante; inclui cuidado de saúde em todos os níveis de atenção; adota orientação coletiva com participação de toda a escola; ajusta o cronograma do curso à lógica dos serviços; integra ensino-serviço público de saúde nas atividades de promoção, reabilitação da saúde e prevenção de agravos (BRASIL, 2007).

Como evidências do vetor “Diversificação dos cenários do processo de aprendizagem” são enumeradas: as práticas de atenção à saúde, ao longo de todo o curso, com graus crescentes de complexidade, distribuem-se nos diversos cenários, em todos os níveis de atenção: unidades básicas de saúde, ambulatorios, hospitais, rede de saúde mental, emergência, etc.; e em equipamentos sociais, incluindo escolares e da comunidade (BRASIL, 2007).

São evidências do vetor “Articulação dos serviços universitários com o SUS”: assegurar equidade no atendimento em que participam os estudantes; o sistema de marcação de consultas e internações de todos os serviços utilizados (unidades básicas de saúde, ambulatorios, hospitais de média e alta complexidade) deverá estar centralizado e subordinado ao SUS; os hospitais universitários e clínicas de ensino próprios das IES articulam os mecanismos de referência e contrarreferência com a rede do SUS (BRASIL, 2007).

## RESULTADOS

### Caracterização do Curso

O curso de Enfermagem aqui estudado teve sua origem na Escola de Enfermagem São Vicente de Paulo criada em 1943, caracterizando-se como pioneiro entre os cursos de saúde do Ceará (FREITAS; GUEDES; SILVA, 2003). Em 1975, a Escola São Vicente de Paulo foi incorporada ao Governo do Estado. Nessa ocasião, sua matriz curricular era predominantemente balizada pelo modelo clínico de assistência médica individual, hospitalo-cêntrica e de caráter curativo (CEARÁ, 2007).

Nos anos 1990, para atender as recomendações do MEC, teve início a revisão do currículo mínimo com vistas à elaboração do PPP, sendo a matriz curricular implantada em 1997. Em 2005, decorrente da implantação das DCN, a matriz curricular passou por nova reformulação (CEARÁ, 2007).

Atualmente, o referido curso oferta quarenta vagas em regime semestral, tem caráter diurno em tempo integral e duração de quatro anos e meio, que corresponde a nove semestres, com carga-horária total de 4.318 horas-aula, sendo 3.179 horas destinadas a aulas teóricas, teórico-práticas e ensino prático supervisionado das disciplinas das áreas temáticas e 1.020 horas destinadas ao Internato. Além disso, prevê 119 horas de ensino de conteúdos optativos e incentiva a realização de atividades complementares (CEARÁ, 2007).

Em relação à distribuição de carga-horária prática, o curso está em consonância com o que as DCN preconizam (BRASIL, 2001), pois destina 23,62% (1.020 horas) para estágio curricular, correspondente ao período do internato. Já 3.179 horas destinadas a aulas teóricas, teórico-práticas e ensino prático supervisio-

nado demonstram certa fragmentação da relação teoria e prática, não ficando claro como essa carga-horária é distribuída (QUEIROZ, 2014).

Quanto aos conteúdos disciplinares e o perfil dos formandos, o curso está em conformidade com o que preconiza as DCN (BRASIL, 2001), demarcando no PPP o seguinte perfil do egresso:

Enfermeiro bacharel, com formação generalista, crítica e reflexiva, capaz de avaliar o homem no processo saúde-doença, considerando o perfil epidemiológico nacional com enfoque na região de atuação, considerando as dimensões biopsicossociais e seus determinantes; identificando os fenômenos de enfermagem, intervindo e avaliando os resultados alcançados, com autonomia e competência política (CEARÁ, 2007, p.18).

## **Cenários de prática e o processo formativo**

### **Integração ensino/serviço**

A importância deste vetor sobressai da reconhecida necessidade da contextualização do processo ensino-aprendizagem no cenário real do exercício profissional dos futuros trabalhadores de saúde. Segundo Brehmer e Ramos (2014), fortalecer a integração ensino-serviço é uma forma de ampliar as potencialidades de consolidação do SUS.

Na análise documental do PPP, buscou-se identificar quais disciplinas previam atividades teórico-práticas e em que níveis

das redes de atenção essas atividades aconteciam. No Quadro 1, é possível verificar as disciplinas que destinam parte de sua carga horária para a realização de atividades teórico-práticas, e seus respectivos semestres.

**QUADRO 1.** Disciplinas de um curso de Enfermagem cearense que preveem atividades teórico-práticas

<b>SEMESTRE</b>	<b>DISCIPLINA</b>
S4	Enfermagem em Saúde Mental
S5	Educação em Saúde e Ambiente
S6	Enfermagem em Saúde da Criança e do Adolescente
S6	Enfermagem em Saúde da Mulher
S7	Enfermagem Geriátrica e Gerontológica
S7	Enfermagem em Saúde Coletiva

Fonte: UECE, (2007).

Apesar de demarcarem a realização de atividades teórico-práticas, no PPP não se esclarece em quais níveis de atenção à saúde tais atividades acontecem, demarcando-se uma lacuna dessa relevante informação.

Além dessas atividades teórico-práticas, o processo contempla nos dois últimos semestres do curso a realização do Internato, modalidade de integração ensino-serviço que aproxima o discente ao contexto do mundo do trabalho. São 1.020 horas realizadas em dois semestres, no contexto das redes básica, ambulatorial e hospitalar. Especificamente na Estratégia Saúde da Família, está prevista a vivência por três meses (UECE, 2007).

Contudo, os discentes criticam à forma como as atividades práticas se realizam:

Eu só acho que era pra gente ter mais contato direto com a prática. Porque você sai pro 4º semestre na semiologia, estuda na sala de aula

e chega lá, mal tem oportunidades de fazer alguma coisa. Até o fato de aplicar uma simples injeção, a gente mal tem contato. Aí vai pra saúde do adulto, saúde da criança, saúde da mulher, são três disciplinas bem pesadas, com a teoria bem cheia, que você poderia chegar na prática e aplicar, e não aplica, vai fazer estudo de caso. Aí a gente chega aqui no internato se tremendo, sem nunca ter botado um soro, nunca ter passado uma sonda. Eu acho que era pra gente aos poucos ter esse contato. Passa o 5º semestre inteiro chegando no hospital só pra fazer estudo de caso?! [...]. Todo mundo que chega no primeiro dia de internato é com medo, por que não sabe fazer nada (Informante discente).

O depoimento acima expõe dois aspectos a serem destacados. O primeiro diz respeito à fragilidade da integração ensino-serviço que, ao não se dar de forma estreita e contínua, impossibilita a formação contextualizada que se vislumbra em algumas evidências deste vetor: envolvimento da comunidade como espaço social participativo; foco nas necessidades de saúde da população; inclusão do cuidado de saúde em todos os níveis de atenção; cronograma do curso ajustado à lógica dos serviços.

O segundo aspecto se refere à organização do processo formativo ainda centrado no hospital e na atenção curativista em prejuízo da formação de profissionais capazes de compreender o processo saúde-doença como socialmente determinado, refletindo em reduzidas ações de promoção da saúde e na compreensão destas como incidindo em fatores determinantes da saúde, os quais requerem alinhamento com outros setores e disciplinas, ou seja, profissionais capazes de compreender ações multidisciplinares e intersetoriais como atribuições de sua prática.

Esse aspecto é corroborado pela análise documental e pelo depoimento discente, também é evidenciada pelos docentes:

[...] a construção do SUS deveria ser transversal, mas muitas vezes a gente observa que não é, até porque não é a prática de muitos dos colegas, então fica difícil, eu acho que isso também dificulta, não é? Então eu acho que se eu tivesse que classificar eu acho que o curso de Enfermagem tem formação mais hospitalar (Informante docente).

A superação da abordagem biomédica é um desafio difícil a ser superado, devido a estas conotações serem equalizadas, também na concepção pedagógica do processo formativo, dificultando a formação de um enfermeiro com características de raciocínio crítico e reflexivo com foco na integralidade (MORETTI-PIRES; BUENO, 2009).

Sobressai do discurso dos discentes a percepção que os docentes estão distantes dos cenários de prática da atenção primária, pois se utilizam de exemplos de onde trabalham ou já trabalharam, geralmente sendo ambientes hospitalares, e que se faz necessário aproximar os conteúdos teóricos às práticas com enfoque em todos os níveis de atenção.

[...] os professores da nossa graduação muitos estão distantes do campo de prática, já há algum tempo, tão muito ligados à academia, à pós-graduação (Informante discente).

Geralmente as professoras traziam exemplos de onde elas estavam trabalhando, e a maioria era em hospital... (Informante discente).

Brehmer e Ramos (2014) destacam a importância dos docentes se comprometerem na proposição de um aprendizado baseado em trocas de conhecimentos e saberes a partir da realidade concreta. Todavia, há um entrave provocado pela própria IES ao exigir do corpo docente um regime de dedicação exclusiva, aspecto que interfere na mediação entre as exigências da vida acadêmica e a vivência do processo ensino-aprendizagem contextualizado e significativo para os sujeitos envolvidos.

Percebe-se, assim, que no vetor de interação ensino-serviço o curso de Enfermagem se enquadra no Estágio 2, ou seja, conta com alguma articulação da programação teórica com a prática dos serviços de saúde, em poucas áreas disciplinares, predominantemente na atenção de caráter curativo.

É notória a necessidade de alinhamento do processo formativo com os diversos atores a ele ligados (discentes, docentes, serviços e universidades) para a construção de profissionais que transitem em todos os cenários, sendo fundamental a formação pautada nos cenários de prática e na atenção integral para o distanciamento do egresso do modelo biomédico e da assistência desarticulada com os níveis de atenção.

## **Diversificação dos cenários de ensino-aprendizagem**

Reiterando com Feuerwerker e Capozzolo (2013), o processo formativo do profissional da saúde deve ser coeso com o modelo de atenção e de cuidado priorizado, representado pela Estratégia Saúde da Família (ESF), devendo garantir uma diversificação dos cenários de ensino-aprendizagem (BRASIL, 2007).

A maioria dos discentes percebe o curso de Enfermagem como ainda se organizando em práticas majoritariamente clínicas

em ambientes hospitalares. Quando indagados sobre os campos dos cenários de prática curriculares, os hospitais foram mencionados 130 vezes; as Unidades de Saúde da Família 52 vezes; e os ambulatórios 35 vezes (QUEIROZ, 2014). Esta conotação referida pelos discentes é ratificada por docentes, apontando-se, inclusive, dificuldades de reconhecer o papel da saúde coletiva:

[...] a primeira coisa era mesmo que a pessoa entrasse pra ensinar Semiologia ou entrasse pra ensinar Saúde do Adulto ela tinha que entrar com uma percepção de saúde coletiva, porque é a própria política do sistema, né, e não é isso o que acontece. [...] é sempre priorizada a atenção hospitalar em detrimento da saúde coletiva. E assim não dá pra você formar uma pessoa dentro da política de saúde hoje, que é de saúde coletiva, com uma visão distorcida [...] (Informante docente).

Deve-se buscar deslocar o eixo da formação centrada na assistência individual prestada em unidades hospitalares para um processo de formação mais contextualizado, que leve em conta as dimensões sociais, econômicas e culturais do coletivo, instrumentalizando os profissionais para superar os problemas do processo saúde/doença da população. Isto implica estimular uma atuação interdisciplinar, multiprofissional, que respeite os princípios do controle social e do SUS e que atue com responsabilidade integral sobre a população num determinado território (LUZ, 2014).

Este estímulo tem que ser intensificado durante todo processo de ensino-aprendizagem, porém a maioria das disciplinas não contempla atividades teórico-práticas na atenção primária, sendo este aspecto priorizado em raras disciplinas, conforme a percepção dos discentes:

Eu lembro que a gente foi para o posto de saúde, realmente só na Enfermagem em Saúde Coletiva e Políticas e Saberes. (Informante discente).

Este é um aspecto a ser melhor compreendido. Conforme Akerman e Feuerweker (2014), é necessária uma revisão da contribuição da saúde coletiva para a graduação dos profissionais de saúde, para que ela seja significativa na formação generalista orientada pela integralidade da atenção à saúde, devendo ser inserida, nos discursos de todos os processos que pautam o processo formativo, minimizando-se a distância entre aspectos de saúde de âmbito individual e coletivo.

A complexidade do trabalho dos profissionais de saúde realizado no SUS deve ser pensada diante da articulação da atenção primária, secundária, terciária e quaternária, coordenando-se com as ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, exigindo novas disposições capazes de possibilitar que seus princípios e diretrizes sejam traduzidos em ação (VASCONCELOS; PASCHE, 2014).

Desta forma, é necessário que o investimento feito na Saúde da Família como estratégia estruturante do sistema público de saúde também ganhe mais lugar no cotidiano do processo formativo dos cursos da saúde (ANDRADE; BUENO; BEZERRA, 2014).

O curso em questão se distancia da imagem-objetivo quanto à diversificação dos cenários do processo de aprendizagem, caracterizando-se no Estágio 1, por contar no ciclo clínico com práticas realizadas ainda majoritariamente em instalações assistenciais hospitalares, conotação dos cursos mais tradicionais e conservadores.

Como alcançar o SUS que queremos se não conseguimos que a porta de entrada do sistema funcione adequadamente e nem sequer seja valorizada durante o processo formativo? Esse desafio, porém, tem origem não só na formação dos profissionais, mas também em outros determinantes. Mesmo com a ampliação da atenção primária, persiste a assistência afastada das necessidades do SUS e não acompanhando seus avanços e potencialidades.

### **Articulação dos serviços universitários com o SUS**

A articulação dos serviços universitários com o SUS deve ocorrer durante todo o processo de formação para proporcionar ao discente trabalhar sobre problemas reais na sua dimensão complexa da integralidade humana, assumindo responsabilidades crescentes, como agente prestador de cuidados, compatíveis com seu grau de autonomia (BRASIL 2009).

Algumas instituições acadêmicas têm serviço próprio mais vinculados às demandas de ensino e pesquisa, que às demandas assistenciais reais. Tais serviços seguem sua lógica interna própria, sem o oferecimento da referência e da contrareferência para a rede do SUS e com acesso exclusivo para um determinado grupo de pessoas, sem garantir acesso equânime para a população (BRASIL 2009).

A IES estudada não dispõe de clínica, unidade básica ou hospital para prestar serviço à comunidade, o que impede a classificação do curso quanto a este vetor.

Na análise documental não há menção de projetos/iniciativas coerentes com este vetor, apesar dos docentes referirem algumas atividades que se constituem em prestação de serviços para a comunidade, não se caracterizando, porém, como um serviço efetivo:

Dentro da universidade, a comunidade realmente interna, [...] com ações pontuais, outubro rosa, [...] dia das mães, verificação de PA, glicemia, né, que é um ambulatório [...] todos poderiam estar atuando, [...] não falta a vontade dos profissionais, porque a gente já conseguiu no momento juntar todas as categorias, mas faltam condições de atendimento desse trabalho. Então eu não acredito que possam existir serviços dentro da universidade, pra gente atender a comunidade, se esse serviço não tiver dentro da rede municipal ou estadual [...] a gente precisa sim de um serviço que tenha o profissional ou da prefeitura ou do Estado, que venha, que abra, que trabalhe, e que ele seja ali o articulador com o processo da universidade, porque se não a gente assume uma responsabilidade que aí começa todo mundo a jogar a demanda pra dentro da universidade (Informante docente).

Esta atuação tímida de serviços para a comunidade e a falta de um serviço próprio evidencia falta de compromisso com a responsabilidade social da universidade com o coletivo, pois tem recursos humanos para contribuir e, no entanto, carece de infraestrutura. O que em última análise repercute na formação dos futuros profissionais:

No que tange as universidades, por serem grandes propulsoras de conhecimento e formação de profissionais, as suas contribuições com responsabilidade social atinge um patamar mais elevado. O professor deve preocupar-se em fornecer não apenas teorias para os alunos, mas também contribuições com práticas sociais. Isto não apenas com um olhar para

o bem da comunidade, mas também para oferecer ao mercado, ao mundo um profissional melhor preparado para solucionar os problemas sociais. Isto decorre da exposição do estudante à prática ainda na faculdade e, assim torna-se possível a construção de uma visão mais realista de mundo, mais humanitária. (REIS; BANDOS, 2012, p. 426).

Em seu processo formativo os discentes devem estar conectados com as necessidades da comunidade local, sendo papel da IES propiciar essa condição, buscando o objetivo de formar estudantes éticos e comprometidos com os problemas reais da sociedade.

A interação da universidade com os problemas sociais é requisito essencial para a sensibilização do corpo docente quanto à importância da responsabilidade social, o que conseqüentemente contribui para que os futuros profissionais valorizem esse tipo de direcionamento e o reproduzam em sua prática profissional.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A interação ensino-serviço ao longo de todo o processo formativo e a diversificação dos cenários de prática proporcionada pela formação dos enfermeiros, futuros trabalhadores do SUS, são aspectos imprescindíveis para favorecer a ruptura com o paradigma hegemônico da biomedicina e pautar a integralidade como princípio norteador das ações de saúde, ainda um desafio a ser superado.

A perspectiva de atuação em rede assumida pelo SUS coloca em pauta a necessidade das IES rever as bases da formação que estão promovendo. Aproximar os sujeitos que compõem a acade-

mia (docentes e discentes) com os sujeitos dos cenários reais do SUS (trabalhadores, gestores e usuários) pode proporcionar uma formação contextualizada, balizada por problemas reais e desafiada a enfrentar de maneira criativa e ética os desafios evidenciados.

Por fim, vale destacar que a Enfermagem em consonância com seu objeto epistemológico e teleológico do cuidado humano, deve estar fortemente comprometida com a integralidade e com a perspectiva de emancipação humana. Sua inserção nos diversos cenários já é evidenciada ao longo da história das políticas públicas de saúde brasileira. Todavia, é no cenário da Estratégia Saúde da Família, como nível de atenção ordenador dos demais níveis da rede, que os enfermeiros têm a oportunidade de fortalecer sua autonomia profissional, estreitar laços com indivíduos, famílias e coletividades sob sua responsabilidade, além de desempenhar um interessante trabalho em equipe comprometido em produzir saúde.

Cabe aos sujeitos implicados com esse processo, principalmente os que detêm o poder de decisão sobre o que será contemplado ou não na formação, serem sensíveis às mudanças decorrentes do processo de consolidação do SUS, as quais implicam na transformação radical do ensino na saúde.

## REFERÊNCIAS

AKERMAN, M.; FEUERWEKER, L. Estou me formando (ou eu me formei) e quero trabalhar: que oportunidades o Sistema Único de Saúde me oferece na Saúde Coletiva? Onde posso atuar e que competências preciso desenvolver? In: CAMPOS, G.W.S. [et al.,.] (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

ANDRADE, L.O.M.; BUENO, I.C.H.C.; BEZERRA, R.C. Atenção primária à saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G.W.S. [*et al.,*] (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição**. Brasília: Conselho Nacional de Educação/ Câmara de Educação Superior, 2001.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Enfermagem. **Código de Ética dos profissionais de Enfermagem**. COFEN, 1995.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde/ Ministério da Educação. **Programa de reorientação da formação profissional em saúde- Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BREHMER, L.C.F.; RAMOS, F.R.S. Integração ensino-serviço: implicações e papéis em vivências de Cursos de Graduação em Enfermagem. **Rev. Esc. Enferm.** USP, v.48, n.1, p.119-126, 2014.

CEARÁ. Universidade Estadual do Ceará. Curso de Enfermagem. **Projeto Político Pedagógico do curso de graduação em Enfermagem**. UECE: 2007.

COLLISELLI, L.; TOMBINI, L. H. T.; LEBA, M.E.; REIBNITZ, K.S. Estágio curricular supervisionado: diversificando cenários e fortalecendo a interação ensino-serviço. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 62, n. 6, p. 932-7, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n6/a23v62n6.pdf>. Acesso em: 18/07/2014.

COSTA, L.M.; GERMANO, R.M. Estágio curricular supervisionado na Graduação em Enfermagem: revisitando a história. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 60, n. 6, p. 706-710, 2007.

FEUERWERKER, L.C.M.; CAPOZZOLO, A.A. Mudanças na formação dos profissionais de saúde: alguns referenciais de partida do eixo Trabalho em Saúde. In: CAPOZZOLO, A.A.; CASETTO, S.J.; HENZ, A.O. (Org.) **Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013. Cap. 1. p. 35-58.

FREITAS, M.C.; GUEDES, M.V.C.; SILVA, L.F. Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará: a história e o projeto político-pedagógico atual. **Rev. Bras. Enferm.** [online], v. 56, n. 4, p. 385-387, 2003.

MORETTI-PIRES, R.O.; BUENO, S.M.V. Freire e formação para o Sistema Único de Saúde: o enfermeiro, o médico e o odontólogo. **Acta Paul. Enferm.**, v. 22, n. 4, p. 439-444, 2009.

LUZ, M.T. **As instituições médicas do Brasil.** - (Coleção Clássicos da Saúde Coletiva) 2. ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

QUEIROZ, D.M. **Formação pautada no SUS e na Saúde da Família:** olhares sobre o processo ensino-aprendizagem da Enfermagem. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual do Ceará, 2014.

REIS, A. L.; BANDOS, M.F.C. A Responsabilidade Social de Instituições de Ensino Superior: Uma Reflexão Sistêmica Tendo em Vista o Desenvolvimento. **Revista Gestão & Conhecimento.** Edição Especial. Minas Gerais. Nov/2012.

SILVA, M.J.; SOUSA, M.S.; FREITAS, C.L. Formação em enfermagem: interface entre as diretrizes curriculares e os conteúdos de atenção básica. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília 2011 mar-abr; 64(2): -abr; 64(2): 315-21.

TENÓRIO, G. M. **Integração ensino e serviço em hospital universitário: a percepção do discente em Enfermagem.** Dissertação (Mestrado em Ensino na Saúde) – Universidade Federal de Alagoas Faculdade de Medicina, 2014.

TESSER, C.D.; LUZ, M.T. Racionalidades médicas e integralidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.13, n.1, p.195-206, 2008.

VASCONCELOS, C.M.; PASCHE, D.F. O SUS em Perspectiva. In: CAMPOS, G.W.S. [et al.,] (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

## CAPÍTULO 10

### **MÉTODO DE ENSINO- APRENDIZAGEM: PREDOMÍNIO DO ENSINO TRADICIONAL NOS CURSOS DA ÁREA DA SAÚDE EM UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA NO CEARÁ**

Maria Marlene Marques Ávila  
Maria das Graças Barbosa Peixoto  
Maria do Socorro de Sousa  
Lucia Conde de Oliveira  
Vanessa Calixto Veras Sanca  
Elisangela Custódio Rebouças

#### **INTRODUÇÃO**

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 200, atribui ao Sistema Único de Saúde (SUS) a competência de ordenar a formação em recursos humanos na área da saúde (BRASIL, 1988). Várias estratégias e políticas vêm sendo elaboradas, ao longo dos últimos anos, com o intuito de melhorar a qualificação técnica dos trabalhadores de saúde na perspectiva de consolidar os princípios e diretrizes do SUS.

Desenvolver uma práxis que responda às necessidades de saúde da população com qualidade e eficiência, exige um novo perfil profissional, com postura autônoma, ativa e com aptidão de ressignificar o aprendizado. A universalidade, integralidade e equidade são os pilares que devem ser integrados diante desse

novo olhar, tendo como foco a promoção da saúde humana. Dessa maneira, devem-se articular os objetivos e interesses do SUS com as premissas de uma formação acadêmica que possa romper com velhas práticas da educação tradicional.

A produção do conhecimento e a filosofia de ensino dos últimos anos vêm passando por mudanças significativas, com destaque para os processos de aprendizado que têm como premissa a relação entre o fenômeno educativo e o funcionamento da sociedade (VIOTTO FILHO, 2009). Isso faz da educação uma construção sócio-histórica e coletiva, a partir da qual se constrói conhecimento, que se organiza e se sistematiza em propostas curriculares.

Silva (2001) destaca que a teoria curricular se distingue pela forma como organiza seus conceitos para que possamos enxergar a realidade, havendo duas correntes norteadoras do processo formativo, são elas: “tradicionalistas” e “progressistas”. Nas teorias tradicionais, privilegiam-se no currículo os seguintes pontos: avaliação, metodologia, didática, ensino, aprendizagem, organização, planejamento, eficiência e objetivos, nos quais prevalecem os processos organizacionais do ensino. Dentro dessa perspectiva, uma concepção tradicional de currículo estaria baseada em um ensino formal e disciplinador.

Outras pedagogias de ensino têm se manifestado e conseguido se destacar no cotidiano do ensino, são as correntes chamadas “progressistas”, que se apresentam em tendências: a libertadora, também conhecida como pedagogia de Paulo Freire, a libertária e a crítico-social. Elas têm pontos divergentes e convergentes, mas partem do pressuposto que se deve valorizar a experiência vivida como base da relação educativa e a Ideia de autogestão pedagógica. Como ressalta Leontiev, 1978 *apud* Viotto Filho, (2009, p.38):

A atividade humana é determinada pelas formas e meios de comunicação que são possibilitados pelo processo de desenvolvimento da produção social. A atividade do homem concreto depende do lugar que ele ocupa na sociedade, de sua condição de classe, condições objetivas de vida e das mediações que constituem sua individualidade, instância única e original, reconhecida como síntese de múltiplas determinações.

De encontro a esse processo transformador na pedagogia do ensino, a formação profissional em saúde ainda está arraigada por valores conservadores e tradicionais. Conservadores no sentido de se pautar por uma lógica fortemente biologicista, individualista e curativista ainda centrada no modelo hospitalar de atendimento dissociado com a realidade de saúde e determinantes sociais. E tradicionais por, ainda utilizar-se de metodologias de ensino determinadas historicamente.

Oliveira (2013) destaca que esse modelo tradicional é alvo de críticas, pois propicia a manipulação do sistema de saúde voltado para o crescimento do modo de produção capitalista, em detrimento de uma distribuição justa e equitativa de bens e serviços.

No início da década de 90, a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (Universidade de São Paulo) implementou uma das primeiras reformas curriculares no Brasil, em uma integração de disciplinas e adoção de nova abordagem pedagógica. Prado, 1996 *apud* Oliveira (2013, p. 213) ressalta que “os relatos sobre esta reforma pioneira mostram a difícil convivência, forçada pelo regime de transição, entre o sistema curricular tradicional e o novo, o que trazia dificuldades para a realização do projeto como um todo”.

Depois dessa iniciativa do curso de medicina outras reformas, de maneira incipiente, foram sendo implantadas. Em 2002

foi instaurado o PROMED (Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos cursos de Medicina (BRASIL, 2002). Essa proposta com características de uma nova postura profissional serviu para impulsionar as mudanças curriculares para as outras áreas de graduação na área da saúde.

Estratégias para mudanças efetivas no campo prático da saúde coletiva capazes de propiciar a superação do modelo fragmentado de formação impulsionaram uma política nacional de reorientação da formação profissional, sendo uma de suas ênfases a readequação dos projetos político-pedagógicos dos cursos com base nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN).

No âmbito dessa política, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) foi criado em 2005, na perspectiva de aproximar os processos formativos das necessidades da população para uma abordagem integral do processo saúde-doença, com ênfase na atenção primária (BRASIL, 2007). Dessa forma, aponta-se para uma nova conduta epistemológica na qual profissionais necessitam refletir suas práticas e incorporar uma maneira mais humanística, com responsabilidade social.

A adequação da formação profissional por meio do Pró-Saúde propõe um processo norteado pelos eixos: orientação teórica; cenários de prática e a orientação pedagógica, pensados de maneira a fortalecer a integração entre o serviço público de saúde e as instituições de ensino. Cada eixo propõe três vetores, cuja avaliação indica o estágio em que se encontra determinado curso (BRASIL, 2011).

Neste texto abordaremos o eixo “Orientação Pedagógica” cujos vetores incluem o uso de metodologias de ensino-aprendizagem em que o professor assume o papel de facilitador e

orientador na aquisição e transformação de conhecimentos, e o estudante coloca-se como sujeito de seu aprendizado de forma ativa, reflexiva e crítica, se desvencilhando de uma “concepção bancária da educação” em que o professor atua no processo de ensino aprendizagem como detentor de todo o conhecimento, não possibilitando aos aprendizes serem sujeitos no processo (FREIRE, 1983).

Para Mattede (2014), o ensino tradicional confronta-se com o inovador na perspectiva de uma educação renovadora, na qual o conhecimento não está exclusivamente com o professor. Essa quebra de paradigma desvia o ensino para o foco da reflexão do aprender “para que” e “a quem ensinar”. Nesse sentido, faz-se necessário formar profissionais questionadores, reflexivos, que investiguem e se articulem com o contexto social. Com efeito, pensar as práticas pedagógicas torna-se imperativo.

Este texto é derivado da pesquisa “Avaliação da formação de profissionais de saúde de nível superior pelas escolas públicas em Fortaleza - CE”, cujo objetivo foi avaliar os cursos de graduação da área de saúde nas universidades públicas de Fortaleza - Ceará, com ênfase na formação para atuação na Atenção Primária à Saúde (APS). Referida pesquisa abrangeu os cursos da área da saúde da Universidade Estadual do Ceará (UECE) e da Universidade Federal do Ceará (UFC). A importância de se discutir as metodologias de ensino-aprendizagem, decorre do achado que, de forma geral, ainda predominam nos cursos as metodologias passivas, notadamente pelo recurso da aula expositiva, discordando das orientações das DCN e da proposta do Pró-Saúde.

Essa característica que ainda prevalece no ensino superior, tem relações com diversos fatores, entre os quais a própria deficiência das Instituições de Ensino Superior (IES) em propi-

ciar a qualificação do corpo docente no aperfeiçoamento de metodologias de ensino/aprendizagem, a fim de incorporar novas tecnologias da informática e as diferentes oportunidades de aquisição de conhecimentos no mundo globalizado.

Dessa forma, o interesse em identificar o predomínio de aulas expositivas no processo formativo de estudantes de nível superior na área da saúde, se faz na perspectiva que a exposição de conhecimentos é uma forma válida, porém, seu predomínio no processo ensino-aprendizagem, pode contribuir na formação de profissionais acríticos e para o desinteresse dos estudantes mediante a variedade de fontes de conhecimento ao seu dispor no cenário extra sala de aula.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo qualitativo que teve como cenários os cursos de medicina, nutrição, enfermagem, serviço social e educação física da UECE. Os dados foram coletados no período de agosto de 2013 a setembro de 2014. Foram sujeitos 66 docentes e 112 discentes dos referidos cursos. Foram incluídos os docentes responsáveis por disciplinas com conteúdos relacionados à saúde coletiva, além dos coordenadores, e membros dos colegiados dos cursos, das unidades curriculares ou Núcleo Docente Estruturante (NDE). No segmento discente foram incluídos os estudantes que estavam na última etapa de sua formação na graduação, isto é, cursando os dois últimos semestres de seu processo formativo.

Para a coleta de dados, inicialmente, entrou-se em contato com a coordenação dos cursos para a divulgação do estudo e esclarecimentos necessários, bem como solicitar colaboração para

a sua realização. A seguir, o projeto foi apresentado nas reuniões de Colegiado dos diversos cursos, quando novamente foi solicitada a colaboração do corpo docente. Logo após, teve início a coleta de dados por meio da pesquisa documental nos projetos político-pedagógicos e planos de ensino, os quais se constituíram em importantes fontes de informação sobre a apropriação e implantação das DCN pelos diversos cursos. Após a pesquisa documental foram realizadas as entrevistas por meio de um roteiro semiestruturado, cujo registro foi a gravação de voz.

A análise dos dados obtidos, após a transcrição e sistematização das entrevistas, foi realizada tendo como parâmetro o vetor aprendizagem ativa do eixo “Orientação Pedagógica” do Pró-Saúde, que tem como imagem-objetivo a adoção pelos cursos de metodologias ativas de ensino-aprendizagem que envolvam desafiar o estudante a superar determinado problema, de modo a fazê-lo se sentir sujeito ativo no processo, buscando soluções e caminhos mais adequados.

A figura do professor está presente, mas, ao contrário da metodologia tradicional de ensino, assume papel de facilitador na formação dos aprendizes. O objetivo maior desse processo é ensinar o aprender fazendo, mas de forma crítica, visando a autonomia do estudante num processo de ação-reflexão-ação. Além disso, considerando a velocidade com que conhecimentos e tecnologia são produzidos atualmente, o eixo reforça que um dos objetivos da graduação é o aprender a aprender, no sentido de desenvolver habilidades de busca, seleção e avaliação crítica de informações que podem vir tanto da literatura, quanto da própria prática clínica (BRASIL, 2007; PEREIRA, 2015).

A pesquisa seguiu a normatização da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012) e foi aprova-

da pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UECE, Parecer CEP/UECE n.º. 388.536, emitido na reunião do dia 09/09/13.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

De modo geral, nos cinco cursos, predominou a metodologia expositiva, exceto no curso de enfermagem, onde predominou a aula prática (Tabela 1).

**TABELA 1.** Metodologias mais utilizadas em cursos de nível superior da área da saúde. Fortaleza, UECE, 2014.

CURSOS	METODOLOGIAS MAIS UTILIZADAS						
	Aula expositiva	Seminários	Aula prática	Discussões em grupo	Debate	Discussão dialogada	Trabalho / leitura de textos
Serviço Social	35	26	7	4	-	24	26
Nutrição	43	26	18	15	-	-	-
Enfermagem	25	17	15	06	10	8	06
Medicina	39	26	21	21	-	-	-
Educação Física	49	16	22	-	39	-	-
<b>Total</b>	175	104	80	40	39	32	26

Conforme os projetos pedagógicos, nos cursos predominam a proposta de integralização curricular com metodologias de ensino-aprendizagem que visam despertar a motivação, a capacidade crítica e analítica e o poder criativo do educando, além do estímulo para raciocínio e trabalho em grupo e em equipes interdisciplinares (UECE, 2000; 2007; 2010; 2012a; 2012b).

Contudo, nos planos de ensino analisados, percebe-se a frequente utilização de estratégias pedagógicas tradicionais, que não estimulam com ênfase a participação do aluno. Analisando-se todas as disciplinas dos cursos, a estratégia metodológica predominante é a aula teórica expositiva. Isso foi corroborado pelos depoimentos dos alunos entrevistados, os quais referiram o predomínio de metodologias de ensino-aprendizagem tradicionais, em detrimento de metodologias ativas que possibilitam uma formação crítica-reflexiva (GOMES, 2014; PEREIRA, 2015; ALVES, 2015; OLIVEIRA, *et al.*, 2014; QUEIROZ, 2015).

Tal achado é condizente com alguns estudos que avaliam as metodologias de ensino aprendizagem nos cursos da saúde (CAMPOS *et al.*, 2001; BATISTA *et al.*, 2005; CECCIM FEUERWERKER, 2004; FERREIRA; SILVA; AGUER, 2007).

A aula expositiva é uma modalidade didática importante para introduzir um assunto e representa uma comunicação fundamental, porém tal técnica exige muita concentração dos alunos durante a aula, daí ser bastante criticada pela pouca interação entre professor/aluno (PEREIRA *et al.*, 2013).

Conforme demonstrado, a aula prática foi a terceira metodologia mais referida em quatro cursos: nutrição, enfermagem, medicina e educação física. Estes achados configuram um convite à reflexão acerca da equalização e do fortalecimento entre teoria e prática, além de destacar aspectos da relação docente-discente.

A corporeificação da palavra pelo exemplo, o comprometimento e a disponibilidade para o diálogo são saberes necessários à prática educativa, comprometida com uma pedagogia da autonomia norteada pela ética universal do ser humano, uma vez que é necessário assumir o caráter político desta prática, considerando o aprender-ensinar como sinônimo de construir, reconstruir e

transformar realidades, rompendo com a suposta pseudoneutralidade ou mesmo esquivia ou omissão (FREIRE, 2011).

Por sua vez, o seminário foi a segunda metodologia relacionada com os diversos cursos, exceto na educação física onde a o debate predominou como segunda metodologia mais utilizada. Anastasiou e Alves (2010), referem o seminário como uma metodologia capaz de despertar no discente um desenvolvimento estratégico, mobilização para conhecimento, estudar aprofundado, devendo ser realizado de maneira programática e sistematizada.

Também vale ressaltar a metodologia “discussão dialogada” de uso amplo no curso de serviço social (OLIVEIRA *et al.*, 2014). Conforme Anastasiou e Alves (2010), a exposição dialogada, possibilita a participação do estudante, criando condições de construção e de elaboração de síntese, superando, portanto, a aula expositiva tradicional.

Em relação à formação dos profissionais de nível superior, segundo Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 42), muitas têm sido as iniciativas de estímulo à realização de mudanças, no entanto, tem se perpetuado nas instituições formadoras modelos “essencialmente conservadores”. Conforme estes autores, o SUS tem sido efetivo ao reconhecer a necessidade de mudanças no modelo formador, de reorientar a formação profissional, no amplo reconhecimento da relação formação dos profissionais de saúde/qualidade da atenção, apontando para a necessidade premente de formar profissionais de saúde com novos perfis, reorientando a formação para o SUS, para a qualificação da gestão e do controle social. Porém, isso não tem se traduzido na mudança efetiva dos processos formativos.

O uso de metodologias tradicionais é criticado pelo Pró-Saúde, e considera o “ensino centrado no professor, realizado

fundamentalmente por meio de aulas expositivas para grandes grupos de estudantes”, predominante nos cursos estudados, situação que configura o estágio mais inferior de cumprimento do vetor “Mudança Metodológica” (BRASIL, 2007).

Mitre *et al.*, (2008) afirmam que o processo ensino-aprendizagem, na formação em saúde, tem se restringido, muitas vezes, à reprodução do conhecimento, no qual o docente assume um papel de transmissor de conteúdos, ao passo que, ao discente, cabe a retenção e repetição dos mesmos - em uma atitude passiva e receptiva (ou reprodutora) - tornando-se mero expectador, sem as necessárias crítica e reflexão.

Assim, é válido que se utilizem métodos que exijam maior envolvimento dos alunos, pois, conforme afirmam os autores supracitados, o processo ensino-aprendizagem é complexo, apresenta um caráter dinâmico e não acontece de forma linear, como uma somatória de conteúdos acrescidos aos anteriormente estabelecidos, mas exige ações direcionadas para que o discente aprofunde e amplie os significados elaborados mediante sua participação. O estudante precisa assumir um papel cada vez mais ativo, descondicionando-se da atitude de mero receptor de conteúdos, buscando efetivamente conhecimentos relevantes aos problemas e aos objetivos da aprendizagem. Ceccim e Feuerwerker (2004) consideram o uso dessas metodologias ativas de ensino-aprendizagem um importante passo para que sejam alcançadas mudanças na formação para o SUS.

As metodologias ativas trazem a possibilidade do envolvimento dos educandos, despertando suas curiosidades ao inseri-los na teorização. Essa abordagem baseia-se em formas de desenvolver o processo de aprender, utilizando experiências reais ou simuladas a fim de dar respostas mais qualificadas aos desafios postos pelos diferentes contextos da prática social (BERBEL, 2011).

Impulsionadas pela Lei de Diretrizes e Bases (LDB), as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de saúde enfocam a importância da formação para o Sistema Único de Saúde, lembrando que, por seus princípios e diretrizes, a compreensão de saúde no SUS é do bem-estar do indivíduo condicionado pelos determinantes sociais do processo saúde/doença, sendo, portanto, muito além da simples ausência da doença, compreensão subliminar no modelo formador tradicional. Tal direcionamento ressalta a necessidade de transformações das práticas tradicionais na formação dos profissionais de saúde.

Conforme Mitre *et al.*, (2008) é uma exigência, posta para o processo educativo atual na área da saúde, formar indivíduos autônomos. Constituindo-se como um dos princípios da educação libertadora, a autonomia pressupõe o indivíduo capaz de autogerir seu processo de construção e (re)significação de conhecimentos (FREIRE, 2006). Esse direcionamento do discente para o processo de autogovernança da sua formação amplia suas possibilidades e caminhos de ação, além de exercitar a autonomia para a realização de tomada de decisões.

Afirmam ainda Mitre *et al.*, (2008) não haver docência sem discência, sendo tal relação possível de atingir seu potencial apenas por meio do diálogo, numa relação dialética em que ambos são sujeitos. Portanto, está aí implícita autonomia discente, o que nos leva a duas implicações importantes para a transformação do processo ensino-aprendizagem: a valorização dos conhecimentos prévios do estudante e o reconhecimento que o docente não é o único detentor do conhecimento, o que, convenhamos, é um importante desafio para a prática docente tradicional, professor-centrada.

Na transformação necessária às práticas didático-pedagógicas tradicionais é fundamental que o professor, a partir do reco-

nhecimento das limitações inerentes à chamada educação bancária (Freire,1983) e, sobretudo, das lacunas deixadas na educação dos futuros profissionais, busque formas de superação, como, por exemplo, a qualificação, a auto avaliação, e a experiência de novas práticas pedagógicas, lembrando que tal esforço se dará no nível individual, uma vez que as apostas institucionais neste sentido não são a regra no sistema de ensino e cada professor decide sua própria metodologia:

(...) fica sempre uma coisa pessoal, é o meu jeito de dar aula é a minha maneira, minhas ideias (rsrsr), não tem muito parâmetro assim do que a instituição espera que o professor faça né (...) colocar (Docente do curso de nutrição).

Quanto ao segmento discente, Alves (2005) refere que os estudantes, em todo o percurso anterior ao ingresso no nível superior, são condicionados de modo que sentem dificuldade em enxergar “além daquilo que já existe”. O autor defende que esses estudantes deveriam esquecer o que até então foi visto e reaprender, estando sempre abertos a novos conhecimentos de forma crítica, não se limitando às informações oriundas do professor, ou seja, também neste segmento é necessária uma superação para a qual, de maneira geral, o sistema não concorre. A dificuldade referida por Alves (2005) é reconhecida pelos discentes e expressa em vários depoimentos, a exemplo do transcrito abaixo:

A gente teve a vida toda assim, desde o colégio, sempre foi assim, o professor falar e a gente receber, então, a gente já tá acostumado a esse modelo, então, quando alguém quer introduzir outro, a gente já fica achando estranho (Estudante do curso de enfermagem).

O esforço de superação dos modelos tradicionais nos níveis individuais (docentes e discentes) e no nível institucional é necessário para fazer a transição do que Freire (2006) denomina da passagem da consciência ingênua para a consciência crítica, a qual requer o processo de construção de conhecimento reflexivo e crítico, reconhecendo a realidade concreta e dinâmica onde ocorrem os fenômenos sociais objetos de estudo.

Apesar de como já referido, as transformações neste sentido decorrerem mais de iniciativas isoladas, no Brasil temos esforços institucionais, a exemplo do Programa de Reorientação da Formação de Profissionais de Saúde. Ainda vale lembrar Cyrino e Toralles-Pereira (2004) que afirmam serem as ações inovadoras ocorridas no espaço chamado por eles “microinstitucional”, capazes de impulsionar mudanças institucionais. Esta compreensão é por demais importante na superação do sentimento de “não depende de nós a mudança” para a “a mudança ocorrer nossa ação é essencial, seja em que dimensão ou espaço esta ocorrer”.

Como já demonstrado, ainda prevalecem, nos diversos cursos estudados, o uso das metodologias mais tradicionais, no entanto, também foi identificado o esforço de alguns professores em inserir mudanças, que se caracterizam principalmente pela adoção de metodologias ativas, reconhecidas pelos estudantes como diferenciais no processo formativo:

(...) você ficar cinquenta minutos ou até mais só sentado, só vendo slides, só vendo o professor falar fica um pouco cansativo. É sempre importante que com essa metodologia existam sempre informações práticas, associação com a realidade, com o cotidiano pra amenizar, porque se não chega o momento que fica muita informação e a gente não consegue mais as-

similar. É preciso mesmo quebrar um pouco essa metodologia de ficar só jogando conhecimento, jogando conhecimento pra que o aprendizado seja mais eficiente (...) (Estudante do curso de nutrição).

Embora a vontade expressa por alguns informantes, tanto docentes como discentes, conforme ilustra o depoimento acima, de quebrar a “concepção bancária da educação” a pesquisa mostrou que há necessidade de mudar significativamente o cotidiano pedagógico.

Inserir-se nessa reflexão o processo formativo dos docentes, os quais, segundo Rozendo *et al.*, (1999), pouco têm dado relevância à sua preparação para a função de ensino. Os docentes são caracterizados como especialistas no seu campo de conhecimento, mas não necessariamente têm domínio na área educacional e pedagógica. Isso não significa reduzir os desafios das atividades de ensino-aprendizagem a competência docente, pois as práticas pedagógicas do ensino superior “são reflexo da sociedade e nela se refletem, espelhando a complexidade da dinâmica social e da interação humana” (*Ibidem.*, p.16). Assim, a ação educativa não está desarticulada do movimento da sociedade com suas contradições.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O predomínio da aula expositiva nos diversos cursos de saúde demonstrado neste estudo é emblemático do modelo formador tradicional. Apesar de iniciativas como o Pró-Saúde, as mudanças ocorrem lenta e pontualmente. Dessa forma, não se pode imputar apenas ao segmento docente a continuidade de um modelo formador que vem sendo ampla e consistentemente con-

testado por estudiosos da educação e da saúde coletiva não apenas no Brasil, mas também na maior parte do mundo desenvolvido.

A prática docente está contextualizada no cenário de uma Instituição de Ensino Superior onde historicamente predomina o modelo formador tradicional, além do que no contexto mais amplo, a educação depende do nível de desenvolvimento da sociedade, portanto não é apenas uma conquista dos educadores e educandos.

Nesse sentido, esta pesquisa pode subsidiar debates sobre metodologias de ensino-aprendizagem, que pode envolver também as dimensões do planejamento e avaliação das atividades de ensino, e a necessidade de qualificação pedagógica dos docentes de nível superior da área da saúde. Além de contribuir para instaurar processos de mudança no âmbito pedagógico, considerando as determinações sócio-políticas que perpassam a universidade e as práticas instituídas.

No campo da saúde coletiva é imprescindível uma metodologia de ensino que perceba o SUS valorizando a interdisciplinaridade, o respeito às subjetividades, a integralidade, percebendo o homem como sujeito histórico, social e político. Deve-se primar pelas maneiras mais didáticas para o empoderamento do sujeito, que rompa com a concepção tradicional do ensino prevalente.

A metodologia tradicional vai de encontro com atual conjuntura de construção do conhecimento. Há que se partir da realidade vivida e experienciada pelos indivíduos, onde todos possam constituir um saber estabelecendo relações políticas, econômicas e sociais que estejam inseridas em seu cotidiano.

Freire (2006, p. 33) afirma ser “... uma das tarefas precípuas da prática educativo-progressista é exatamente o desenvolvi-

mento da curiosidade crítica, insatisfeita, 'indócil'. Sendo assim, o processo de aprendizado grupal, as discussões, participações, o aliar teoria e prática, o incrementar metodologias ativas, enfim, tão necessárias na formação de futuros profissionais ativos no cenário do trabalho, capazes de fazer a diferença, são mudanças que se impõem no atual momento de desafios enfrentados pelo SUS.

Desta maneira, cabe esclarecer que a formação é umas das dimensões a serem revistas, reformuladas, além das questões relacionadas ao trabalho, a gestão, a política. Por fim, são diversos os focos do enfrentamento, porém a nós - discentes e docentes - compete o compromisso com a mudança de paradigma no modelo formador.

## REFERÊNCIAS

ALVES, Rubem. In: ALVES, Rubem. **A escola com que sempre sonhei sem imaginar que pudesse existir**. São Paulo: Papyrus, 2005.

ANASTASIOU, Lea das Graças Camargos; ALVES, Leonir Pessate. **Estratégias de Ensino**. In: ANASTASIOU, Lea das Graças Camargos; ALVES, Leonir Pessate. *Processos de Ensino na Universidade*. 9. Ed. – Joinville, SC: UNIVILLE, 2010.

BATISTA Nildo et al., O enfoque problematizador na formação de profissionais da saúde. **Revista de Saúde Pública**. 2005;39(2):231-7.

BERBEL, Neusi Aparecida Navas. **As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes**. Semina: Ciências Sociais e Humana. Londrina, v. 32, n. 1, p. 25-40, jan/jun, 2011.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos. **Programa de incentivos às mudanças curriculares para as escolas médicas – PROMED**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde**: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: SGETS: políticas e ações / Ministério da Saúde**. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução No 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.

CAMPOS, Francisco Eduardo *et al.*, Caminhos para Aproximar a Formação de Profissionais de Saúde das Necessidades da Atenção Básica. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v .24, nº 3, out./dez. 2000.

CECCIM Ricardo Burg; FEUERWERKER Laura C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14(1):41-65, 2004.

CYRINO, E G.; TORALLES-PEREIRA, ML. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(3):780-788, mai-jun, 2004.

FERREIRA, Ricardo Corrêa; SILVA, Roseli Ferreira da; AGUER, Cristiane Biscaino. Formação do Profissional Médico: a Aprendizagem na Atenção Básica de Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 52 31 (1) : 52 – 59 ; 2007.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 19 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

FREIRE Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 33ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2006.

GOMES, Nadia Nogueira. **Avaliação da formação de profissionais médicos em uma universidade pública em Fortaleza-CE**. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Estadual do Ceará. 2014.

MATTÊDE, Maria das Graças Silva. **Problematicar para aprender a aprender**. 1º.ed. Espírito Santo: GSA, 280 p. 2014.

MITRE, Sandra Minardi. *et al.*, Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(Sup 2):2133-2144, 2008.

OLIVEIRA, Lucia Conde de *et al.*,\_\_\_\_\_. **Relatório da Avaliação da Formação ofertada pelo curso de serviço social da UECE**, 2014.

OLIVEIRA, Walter Ferreira de. Humanização na Saúde: perspectivas epistemológicas sobre o discurso e a prática. In: JORGE, Maria Salete Bessa, *et al.*, (Orgs.). **A transversalidade epistemológica da saúde coletiva: saberes e práticas**. Fortaleza: Ed UECE, 2013.

PEREIRA, Marsílvio Gonçalves *et al.*,. Modalidades didáticas utilizadas no Ensino de Biologia na educação básica e no ensino superior. In: **X Jornadas Nacionales y V Congreso Internacional de Enseñanza de la Biología**. 2013.

PEREIRA, Álvaro Magalhães Cavalcante. **Avaliação do processo formativo do Curso de Nutrição de uma Universidade pública em Fortaleza-CE**. Dissertação. Mestrado Acadêmico em Nutrição e Saúde. Universidade Estadual do Ceará, 2015.

QUEIROZ, Danielly Maia. **Formação pautada no SUS e na saúde da família: olhares sobre o processo ensino-aprendizagem da Enfermagem**. Dissertação. (Mestrado) Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Estadual do Ceará, 2014.

ROZENDO, Célia Alves *et al.*,. Uma análise das práticas docentes de professores universitários da área de saúde. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 2, p. 15-23, abril, 1999.

SILVA, Tomaz Tadeu. **Documentos de Identidade: uma introdução às teorias do currículo**. Autêntica: Belo Horizonte, 2001.

SILVA, L R. da. Docência na contemporaneidade: desafios para professores no ensino superior. **Revista Primus Vitam - Nº 5 – 1º semestre de 2013**.

UECE. **Projeto político-pedagógico** - Curso de Educação Física. 2000.

\_\_\_\_\_. **Projeto político-pedagógico** - Curso de Enfermagem. 2007.

\_\_\_\_\_. **Projeto político-pedagógico** - Curso de Nutrição. 2010.

\_\_\_\_\_. **Projeto político-pedagógico** - Curso de Serviço Social. 2012a.

\_\_\_\_\_. **Projeto político-pedagógico** - Curso de Medicina. 2012b.

VIOOTTO FILHO, Irineu Aliprando Tuim; PONCE, Rosiane de Fátima e ALMEIDA, Sandro Henrique Vieira de. **As compreensões do humano para Skinner, Piaget, Vygotski e Wallon: pequena introdução às teorias e suas implicações na escola**. *Psicologia Educacional*. [on-line]. 2009, n. 29, pp. 27-55. ISSN 1414-6975

# CAPÍTULO 11

## RETRATO DAS INTERNAÇÕES PELO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA – HIV NO CEARÁ

Francisca Geisa de Souza Passos

Lillian de Queiroz Costa

Marcelo Gurgel Carlos da Silva

### INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) é considerada um dos maiores problemas de saúde pública da história mundial e uma pandemia de difícil controle (LIMA, *et al.*, 2014).

Ressalta-se, ainda se tratar de uma epidemia de múltiplas dimensões que vem sofrendo transformações em seu perfil epidemiológico, ao longo da história, sendo atualmente marcada pela heterossexualização, interiorização, pauperização e feminização (LIMA, *et al.*, 2014).

Além disso, os desafios relacionados à prevenção e ao controle de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) devem ser superados em todo o mundo e, segundo Cavalcante *et al.*, (2012), ganharam novamente relevância para a saúde pública após evidências de seus efeitos como cofatores para a transmissão do HIV.

A AIDS ainda apresenta alto grau de mortalidade e perspectiva de um contínuo crescimento e propagação em todos os continentes, mesmo com o desenvolvimento de novas terapias para tratamento (SOUSA *et al.*, 2013).

Por tratar-se de um complexo problema de saúde pública mundial o acompanhamento da doença representa um grande desafio em diferentes aspectos, tais como as dificuldades de adesão ao regime terapêutico já existente, bem como o surgimento de um tratamento efetivo que conduza à cura (SOUSA *et al.*, 2013).

De acordo com Machado *et al.*, (2010), até 2005, foram diagnosticados com a síndrome cerca de 40,3 milhões de indivíduos. Entre estes, 38 milhões são adultos e 17,5 milhões destes são mulheres, estando ainda inclusos 2,3 milhões crianças menores de quinze anos de idade. Nesse mesmo período, a doença levou a óbito aproximadamente 3,1 milhões de pessoas, dos quais, 570.000 crianças.

No Brasil, os dados epidemiológicos sobre IST são escassos e os únicos que são de notificação obrigatória são AIDS, HIV em gestantes e crianças expostas, sífilis e síndrome do corrimento uretral em homens. Embora a notificação destas infecções seja obrigatória, serviços de saúde brasileiros podem não realizá-la de forma sistemática, o que pode ocasionar um desconhecimento da real magnitude do problema e tornar mais complexos o desenvolvimento de estratégias de prevenção e controle (CAVALCANTE *et al.*, 2012).

Segundo Machado *et al.*, (2010), no Brasil, em 2005, a taxa de mortalidade por AIDS foi de 6 pessoas para cada 100.000 habitantes, variando de acordo com a região de residência, mas, para o Nordeste, esta chegou a 2,9.

De acordo com Lima *et al.*, (2012), aproximadamente 506 mil casos foram notificados até 2008 no Brasil. Somente no estado do Ceará, foram notificados 254 óbitos pela doença em 2007, seguidos da ocorrência de 945 novos casos em 2008. Estes dados podem estar relacionados à política de acesso ao tratamento e ao diagnóstico precoce.

Através desse panorama, Machado *et al.*, (2010), ressalta que a epidemia de AIDS encontra-se em franca expansão, no Nordeste brasileiro. Entre os fatores que podem estar relacionados com essa disseminação, o autor destaca que por ser uma das regiões mais pobres do país, esta detém os piores níveis de desenvolvimento socioeconômicos, condição essa que dificulta as ações de prevenção e controle.

Portanto, o comportamento da epidemia nessa região refletiria um quadro de desigualdade social que, de acordo com o autor, pode ser evidenciada enquanto se verifica uma desaceleração da epidemia e estabilização na Região Sudeste do país (MACHADO *et al.*, 2010).

Desse modo, a avaliação da qualidade das informações fornecidas pelos sistemas de informação é de extrema importância. O fortalecimento dessas bases de dados pelos profissionais de saúde por meio de trabalhos que busquem uma alimentação qualificada, assim como de informações completas e confiáveis, ou seja, a fim de reduzir os campos ignorados, é de suma importância, para a qualidade dos dados apresentados (LIMA *et al.*, 2014).

Logo, a realização das notificações e sua posterior incorporação ao sistema possibilita a monitoração, tanto geográfica quanto temporal, da epidemia de AIDS no país. Possibilita também o acompanhamento da disseminação da doença por categoria de exposição, e fornece subsídios para a organização de ações para

sua prevenção e controle. Evidenciando-se assim, a importância do trabalho realizado pela vigilância epidemiológica como um dos meios de controle do HIV. Entretanto, para que a vigilância seja eficiente, é necessário que essas informações notificadas sejam de boa qualidade (LIMA *et al.*, 2014).

Atualmente, segundo Lima *et al.*, (2014), a quantidade desses dados disponíveis nas mais diversas fontes de informação tem aumentado consideravelmente. Entretanto, os estudos desenvolvidos com a finalidade de avaliar a qualidade dos dados ainda são escassos.

Dessa forma, neste trabalho objetiva-se fazer uma avaliação do panorama das notificações compulsórias das internações realizadas dos casos de Doença da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida e estado infeccioso assintomático do vírus da imunodeficiência humana no Estado do Ceará ao longo dos anos, bem como verificar a sua relação a nível nacional, em comparativo as demais unidades federativas.

## **Metodologia**

Trata-se de um estudo ecológico de série temporal, sobre as internações ocorridas no Estado do Ceará devido a Doença pelo vírus da imunodeficiência humana e o estado infeccioso assintomático do vírus da imunodeficiência humana no período de 1998 a 2014.

A fonte dos dados foram os bancos de domínio público através Departamento de Informática do SUS (DATASUS), provenientes do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Esses dados foram extraídos através do *software* Tab para o Windows – TabWin versão 3.6b e então transferidos para o programa Microsoft Excel® 2010 para a criação das tabelas e gráficos.

As unidades hospitalares participantes do SUS encaminham suas informações sobre as internações efetuadas através da AIH - Autorização de Internação Hospitalar que alimentam o SIH/SUS.

De acordo com BRASIL (2015), os dados de 1984 a 1991, não foram possíveis de recuperação da informação do município de localização da unidade, ou seja, o município de origem da informação, apenas a unidade da federação de origem. Portanto, para este período, as informações estão alocadas no campo de **município ignorado** de cada unidade da federação, excetuando-se o DF, estando alocadas em Brasília.

Outro ponto importante assinalado por BRASIL (2015), é que não existe uma tabela de conversão direta entre as classificações CID-9 (Classificação Internacional de Doenças) e CID-10, por esse motivo, BRASIL (2015) ressalta que os dados até 1997 só podem ser recuperados pela CID-9, bem como dados de 1998 em diante só podem ser recuperados pela CID-10. Por esse motivo, para o levantamento das internações relacionadas à Doença pelo vírus da imunodeficiência humana e estado infeccioso assintomático do vírus da imunodeficiência humana foram realizadas a partir de 1998, quando da instituição da CID- 10.

## RESULTADOS

A AIDS é uma epidemia mundial e no Brasil desde o ano de 1980 até 2014 somente o SINAN, já notificou 593.217 casos no país. A maior concentração de casos continua sendo nos gran-

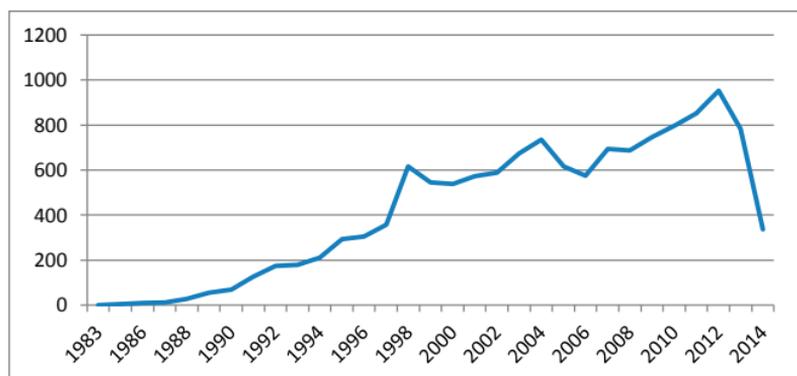
des centros urbanos nacionais, como os estados de São Paulo e Rio de Janeiro, com 204.208 e 74.448 casos identificados respectivamente no mesmo período de acordo com o local de residência na notificação e ano de diagnóstico.

No que se refere ao Nordeste do país, Pernambuco é o estado que apresenta maior quantitativo de casos notificados da doença, com 20.226, seguido pela Bahia com 17.178, e pelo Ceará com mais de 13.145 casos notificados, segundo o SINAN.

Foi realizado o levantamento de dados dos casos de AIDS no Ceará desde o início das notificações realizadas inseridas no DATASUS, como modo de favorecer uma visualização panorâmica da infecção no Estado, bem como a compreensão da situação perante as outras unidades federativas do país.

Como pode-se observar no Gráfico 1, o primeiro caso de paciente HIV positivo, ocorreu em 1983 no estado do Ceará, como já foi citado anteriormente, entretanto, desde então observou-se o crescimento exponencial de casos notificados, de acordo com o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), ocorrendo uma redução apenas em 2012, quando o quantitativo passou de 953 para 783 casos no ano seguinte. Ocorreu ainda uma redução superior entre os anos de 2013 e 2014, passando para 338 casos, provavelmente relacionadas à intensificação das campanhas para prevenção contra a transmissão do vírus HIV, da educação sexual nas escolas e universidades, dos esclarecimentos quanto às formas de transmissão e métodos contraceptivos disponíveis.

**GRÁFICO 1.** Casos de AIDS identificados no Ceará segundo ano de diagnóstico entre 1980 e 2014.



**Fonte:** Ministério da Saúde – Sistema de Notificação de Agravos de Notificação (SINAN).

Com o surgimento e crescimento do número de casos de AIDS no estado do Ceará, pode-se visualizar também outro fenômeno paralelo, a feminização da doença, caracterizando-se pelo aumento considerável dos casos notificados entre mulheres, como se pode visualizar no Gráfico 2.

Inicialmente apresentando flutuações com elevações e quedas nos números de notificações de mulheres diagnosticadas, como podemos observar entre os anos de 1986 e 1989. Essas variações poderiam ser explicadas devido às subnotificações para a época, bem como o receio de muitas mulheres, no início dos anos 1980, em buscar assistência médica, devido ao desconhecimento e ao medo do estigma que o tema relativo à doença carregava consigo. Posteriormente, esse número passou a crescer rapidamente ao longo dos anos, no Estado, acompanhando as notificações de casos no sexo masculino para a mesma enfermidade.

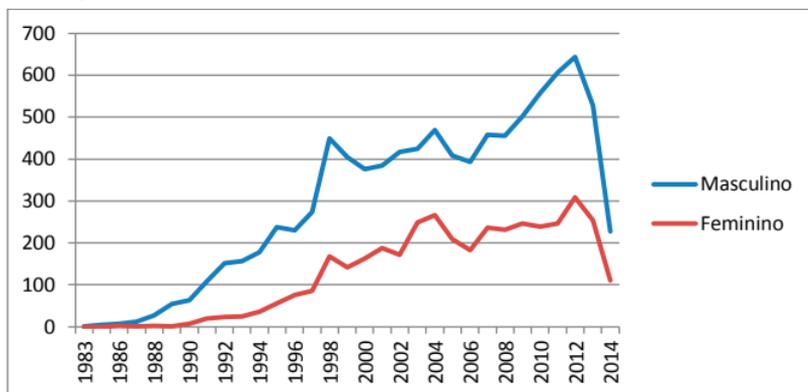
Esse acompanhamento não ocorreu de modo linear, pois, como pode-se observar no gráfico 2, entre os anos de 2001 e

2002, ocorreu um aumento dos casos de notificações masculinas, de 385 casos para 417, e uma redução discreta daquelas notificações femininas, passando de 188 para 171 casos.

A incidência de casos de HIV/AIDS femininos passou de 4,87 no ano de 2001 para 4,37 em 2002, já os masculinos demonstraram um discreto aumento de 10,45 para 11,16 no mesmo período, utilizando-se uma base populacional de 100.000 habitantes.

A situação contrária, onde as notificações de casos de HIV positivo para o sexo masculino reduziram e aquelas para o feminino apresentaram crescimento, também foram registradas, como podemos observar entre os anos de 1995 e 1996, onde os casos masculinos passaram de 238 para 230 e os femininos de 56 para 75. A incidência para o sexo masculino no período citado passou de 7,31 para 6,93 e para o sexo feminino foi de 1,62 para 2,15.

**GRÁFICO 2.** Casos de AIDS identificados no Ceará segundo ano de diagnóstico entre 1980 e 2014.



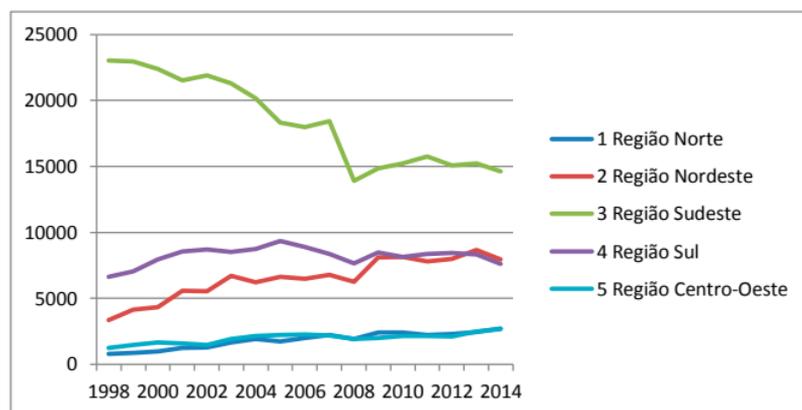
**Fonte:** Ministério da Saúde – Sistema de Notificação de Agravos de Notificação (SINAN).

Com relação às internações ocorridas no período de 1998 a 2014, de acordo com as regiões brasileiras, pode-se observar que a região Sudeste, é onde há o maior predomínio de casos de pacientes com a síndrome da imunodeficiência humana que necessitaram de internação. A região Sul estaria em segundo lugar e a nordeste em terceiro no início do período analisado, de acordo com o gráfico 3.

Ambas as regiões citadas, a partir do ano de 2010 mudam de posições, devido as flutuações dos números de internações por HIV, passando em 2009 de 8.115 para 8.155 internações em 2010 na região nordeste, já a região Sul passou de 8.468 em 2009 para 8.140 casos em 2010. Voltando as suas posições originais no ano seguinte, e novamente se invertendo em 2013.

Esse é um fato relevante considerando-se que a qualidade de vida, condições socioeconômicas, densidade populacional e acesso a serviços de saúde dessas regiões são diversificados.

**GRÁFICO 3.** Internações por ano de processamento segundo Região de 1998 a 2014.



**Fonte:** Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

No que se referem à distribuição dos casos de internação devido ao HIV/AIDS no estado do Ceará, verifica-se que a concentração das internações ocorre nos grandes centros urbanos, especialmente na capital, Fortaleza.

Entretanto, pode-se observar a cidade Sobral também se destaca pelos atendimentos de casos que necessitam de internação, apesar de em menor número. A flutuação do quantitativo de casos de internação na cidade, que se pode visualizar na tabela 1, pode ser explicada pela severidade dos casos, que podem sofrer transferência para grandes centros de tratamento, principalmente no final dos anos 1990, quando a região não contava com centros de tratamento especializados de grande porte.

Esse é um ponto relevante, pois se observa que a partir de 2004, outros municípios, como Cascavel, Crato, Iguatu, e Juazeiro do Norte, posteriormente, passam a registrar internamento de pacientes com o vírus HIV.

**TABELA 1:** Interações por Doença pelo vírus HIV e estado infeccioso assintomático do Vírus HIV segundo ano processamento por Município no Ceará de 1998 a 2014.

Município	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Boa Viagem	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Brejo Santo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-
Cascavel	-	-	-	-	-	-	2	7	5	4	2	1	5	4	2	1	1
Caucaia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-
Crato	-	-	-	-	-	-	1	-	1	3	-	-	-	-	-	-	-
Fortaleza	868	920	906	949	1023	1107	1043	762	868	1027	989	1222	1150	1207	1386	1494	1524
Iguatu	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Juazeiro do Norte	-	-	-	-	-	-	-	22	15	15	20	42	58	29	-	-	-
Maracanaú	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	1	6	-
Ocara	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Pentecoste	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
Sobral	26	61	76	70	74	80	61	57	67	83	76	86	67	83	57	72	72
Tianguá	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	894	981	982	1019	1097	1187	1108	848	956	1134	1088	1352	1282	1324	1446	1574	1598

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Legenda: - Dado numérico igual à zero.

No entanto, é importante salientar que a capital cearense continua a ser o centro de referência para internação dos pacientes com a síndrome. Fato que deve ser observado com atenção pelas autoridades sanitárias.

## DISCUSSÃO

O mundo convive com a epidemia de AIDS há décadas e com o passar dos anos, muito foi descoberto sobre formas de transmissão, terapias medicamentosas mais eficazes e adequadas, marcadores laboratoriais mais precisos, imunogenicidade, entretanto, o preconceito que as pessoas portadoras do vírus sofrem após a realização do diagnóstico, ainda é evidente (CARVALHO e GALVÃO, 2008).

Segundo Kerr-Pontes *et al.*, (2004), o início dos anos 2000, foi marcante para o Nordeste brasileiro com relação ao alcance da síndrome da imunodeficiência adquirida, passando a envolver os estratos da sociedade que, até o momento ainda não tinham experimentado o impacto da infecção, tais como grupos populacionais social e economicamente desfavorecidos, mulheres e comunidades do interior.

Segundo esses autores, fatores como o subdesenvolvimento econômico, o estado de pobreza, bem como os padrões migratórios da população, o estigma social e desigualdade de gênero estão fortemente associadas com a propagação da síndrome no Brasil. A interação entre esses fatores eleva essa vulnerabilidade dos grupos desfavorecidos (KERR-PONTES *et al.*, 2004).

O autor, Kerr-Pontes *et al.*, (2004), reforça o ponto de vista ressaltando que pesquisas realizadas em diferentes países identificaram esses fatores de risco para o HIV/AIDS, que quando inserido em um mosaico de padrões culturais estabelece um

ambiente que favorece a vulnerabilidade da população migrante para HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST).

Esses fatores poderiam explicar a tendência crescente das taxas de infecção entre pessoas de menor poder aquisitivo, mulheres e populações migrantes do interior do nordeste brasileiro, que apresentariam, portanto, superior vulnerabilidade. Esta se encontra relacionada à complexidade socioeconômica a ser considerada em programas que visem o controle e prevenção da AIDS, uma vez que ignorar essas condições sociais comprometeria o êxito de qualquer programa de intervenção (KERR-PONTES *et al.*, 2004).

Entre as formas de transmissão, a que continua a apresentar crescimento substancial é a heterossexual, sendo a que mais tem contribuído para a feminização da epidemia da síndrome da imunodeficiência adquirida. Tendência nacional que é também seguida no estado do Ceará (GALVÃO, *et al.*, 2004; MACHADO *et al.*, 2010; LIMA *et al.*, 2014).

De acordo com Lima *et al.*, (2014) desde o primeiro caso em 1983 até abril de 2010, foram registrados 9.249 casos da síndrome no Ceará, onde 30% destes ocorreram em mulheres. A proporção de casos entre homens e mulheres apresentou uma redução, que passou de 11 homens para cada mulher em 1986, para 1,9 homens para cada mulher em 2005. Acompanhando a tendência nacional que apresentou 222.356 casos registrados de infecção pelo HIV, sendo 59.624 do sexo feminino, no período de 1980 a 2001.

Machado *et al.*,(2010) reiteram essa afirmação e mostra um proporção semelhante, onde a razão entre homens e mulheres, nos anos 90 que era de 30/1, em 2007 passou para 1,4/1, evidenciando crescimento (GALVÃO, *et al.*, 2004).

Diversos fatores, entre eles aqueles biológicos, culturais e socioeconômicos contribuem para a alta incidência e prevalência da infecção pelo HIV entre as mulheres. Outro fato relevante, para Galvão *et al.*, (2004), é que em diversas sociedades, as mulheres possuem pouca influência quanto às decisões a como, quando e sob que condições ter relação sexual (GALVÃO, *et al.*, 2004; KERR-PONTES *et al.*, 2004).

Para Machado *et al.*, (2010), com relação ao direito à saúde, todo cidadão pode buscar qualquer serviço, sem obrigatoriedade do seguimento na área adstrita. Entretanto, é de conhecimento geral que existem os estigmas e preconceitos em relação aos portadores do vírus HIV, e em virtude desses preconceitos, alguns pacientes escolhem lugares considerados mais seguros e adequados para seu seguimento. Fato que segundo o autor, pode ser observado no estado do Ceará, através dos dados que demonstram que até o ano de 2005 dos 184 municípios, somente 18 (9,7%) não havia notificado a doença.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta que as pessoas que vivem com o vírus HIV enfrentam um conjunto de problemas específicos. Muitos pacientes têm que conviver com o estigma e a discriminação, mesmo naqueles países, onde existe uma alta prevalência do vírus em um grande número de indivíduos (CARVALHO e GALVÃO, 2008).

Deve-se considerar, também, que existem diferentes esferas envolvidas no contexto da AIDS na Região Nordeste. Portanto, é de extrema relevância oferecer apoio permanente e acompanhamento dessa população vulnerável à morbimortalidade, com ampliação do seguimento com visitas domiciliares, que deverão e poderão ser implementadas pela equipe do Programa Saúde da Família (MACHADO *et al.*, 2010).

## CONCLUSÃO

Foi possível observar que no Ceará, o panorama da AIDS e infecção pelo vírus HIV teve um crescimento exponencial no período investigado, decrescendo somente a partir do ano 2012. Tal situação sugere que a AIDS foi e continua sendo um grave problema de saúde pública no Estado e que nesse sentido merece atenção constante dos gestores a fim de que o número de casos permaneça diminuindo a cada ano.

Além do aumento do número de casos, foi verificado também um fenômeno paralelo no Ceará em consonância com o restante do país que foi o aumento do número de casos em mulheres, o que caracteriza que a feminização da doença também ocorreu no Estado. Essa situação demonstra e confirma a questão da mudança do perfil das internações por HIV/AIDS, caracterizadas dentre outros aspectos pela heterossexualização e feminização.

No que concerne à distribuição das internações devido o HIV/AIDS no estado do Ceará, observou-se que a concentração das hospitalizações ocorreu principalmente em Fortaleza, o que se justifica em virtude da capital ser o maior centro de referência. Porém, ao longo dos anos, especialmente a partir de 2004, outros municípios cearenses notificaram casos da doença com destaque para a cidade de Sobral.

Dessa maneira, torna-se imprescindível que as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, campanhas educativas direcionadas a públicos variados e aumento do acesso ao tratamento sejam cada vez mais intensificados com o objetivo de continuar a diminuição progressiva do excesso de internações por HIV/AIDS no Ceará. Além disso, sugere-se que mais centros de referência possam ser criados no Estado para coordenar e di-

recionar as ações tanto preventivas quanto curativas para que a população tenha acesso facilitado e de qualidade a informações, consultas, campanhas e tratamento para o HIV/AIDS.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Notas técnicas. Disponível em: [http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sih/Morb\\_geral\\_loc\\_int\\_1984\\_2007.pdf](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sih/Morb_geral_loc_int_1984_2007.pdf). Acessado em: 15 de julho de 2015.

CARVALHO, C. M. L.; GALVÃO, M. T. G. Enfrentamento da AIDS entre mulheres infectadas em Fortaleza - CE. **Rev. Esc. Enferm. USP**. 2008, vol. 42, n.1, pp. 90-97.

CAVALCANTE, E. G. F. *et al.*, Sexually transmitted infections associated syndromes assisted in the primary health care in Northeast, Brazil. **BMC Public Health**. 2012; 12: 595.

GALVÃO, M. T. G.; CERQUEIRA, A. T. A. R.; MARCONDES-MACHADO, J. Medidas contraceptivas e de proteção da transmissão do HIV por mulheres com HIV/Aids. **Rev. Saúde Pública**. 2004, vol. 38, n. 2, pp. 194-200.

KERR-PONTES, L. R. S. *et al.*, Prevention of HIV infection among migrant population groups in Northeast Brazil. **Cad. Saúde Pública**. 2004, vol. 20, n. 1, pp. 320-328.

LIMA, D. G. L. *et al.*, Fatores determinantes para modificações da terapia antirretroviral inicial. **Rev. Assoc. Med. Bras**. 2012, vol. 58, n. 2, pp. 222-228.

LIMA, D.J.M. *et al.*, Completude e consistência dos dados de gestantes HIV positivas notificadas. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2014 mai/jun; vol. 22, n. 3, pp. 321-326.

MACHADO, M. M. T. *et al.*, Condições sociodemográficas de crianças de zero a dois anos filhas de mães com HIV/Aids, Fortaleza, CE, Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** 2010, vol.10, n. 3, pp. 377-382.

MACHADO, M. M. T.; BRAGA, M. Q. C. e GALVAO, M. T. G. Problemas com a mama puerperal revelados por mães soropositivas. **Rev. Esc. Enferm. USP.** 2010, vol. 44, n.1, pp. 120-125. ISSN 0080-6234.

SOUSA, P. K. R. *et al.*, Vulnerabilidades presentes no percurso vivenciado pelos pacientes com HIV/AIDS em falha terapêutica. **Rev. Bras. Enferm.** 2013, vol. 66, n. 2, pp. 202-207.

**PARTE 3 - SAÚDE MENTAL, REDE  
CEGONHA E ONCOLOGIA NA  
PERSPECTIVA DO CUIDADO**

## CAPÍTULO 12

# **VIOLÊNCIA ENQUANTO UM PROBLEMA DE SAÚDE COLETIVA: EXEMPLO DE UM PROGRAMA CANADENSE DE PREVENÇÃO DE COMPORTAMENTOS AGRESSIVOS**

Ana Carina Stelko-Pereira<sup>1</sup>

Carla Samya Nogueira Falcão

Danielle Dias Fernandes

Gabriela Pires Amâncio

Muitas pessoas no cotidiano acreditam que situações que envolvem agressões físicas e verbais ocorrem por o agressor não ter caráter ou não ter uma educação religiosa adequada ou por não ter tido alguém que o cuidasse. É comum também acreditar que para solucionar ou diminuir situações de agressão devem-se aumentar as penas a serem cumpridas pelos agressores, diminuir a idade da maioridade penal, aumentar o contingente de policiais e viaturas, entre outras medidas de cunho repressor. Contudo, comportamentos violentos devem ser entendidos enquanto parte de um fenômeno complexo que envolve as áreas de segurança pública, justiça, educação, lazer e saúde.

<sup>1</sup> Agradece-se ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico pela concessão de bolsa de doutorado de categoria SWE à primeira autora a fim de conhecer o programa SNAP descrito neste texto (processo n °200905/2011-2). Adicionalmente, agradece-se às Profas. Dra. Lúcia C. A. Williams (Universidade Federal de São Carlos) e Dra. Debra Pepler (Universidade de York) por terem acompanhado o trabalho da primeira autora durante a bolsa, bem como se é grato à equipe de pesquisadores e profissionais do programa SNAP que gentilmente concederam informações valiosas sobre o programa durante o estágio sanduíche do doutorado.

Neste capítulo destaca-se como a violência é um problema também da área de saúde e mais especificamente, da área de saúde coletiva, defendendo que os profissionais da saúde devem se envolver na prevenção e intervenção em casos de violência. Adicionalmente, neste texto descreve-se um programa canadense denominado (SNAP- Stop Now and Plan, ou seja, Pare Agora e Pense) cujo objetivo se refere a reduzir comportamentos agressivos de crianças a partir de um modelo de intervenção focado na família e de abordagem cognitivo-comportamental.

Segundo Minayo e Souza (1998), o conceito de violência é polissêmico e complexo, ao traçar o percurso histórico do fenômeno da violência, percebe-se que não se consegue alcançar definições concisas, apesar da violência ter sempre acompanhado a história da humanidade. Para as autoras existem algumas teorias que tentam explicar o surgimento da violência na sociedade. Uma das explicações diz que a violência é inata e faz parte do processo de seleção das espécies, outra explicação admite que a violência seja um fenômeno social, no qual condutas agressivas seria uma forma de combater as desigualdades sociais.

Independentemente de uma vertente mais biológica ou social para a explicação do que seja violência, é inegável que trata-se de um fenômeno grave e que acarreta várias consequências negativas individuais e coletivas (MINAYO, 2007). Dentre estas consequências, há as situações de violência fatal (morte por homicídio, suicídio e acidentes de trânsito) as quais podem ser chamadas de mortes por causas externas. Os falecimentos por causas externas são um grande problema de saúde pública e que impacta diretamente sobre os índices de morbimortalidade da população como um todo (JORGE, 2001). Embora não existam estimativas precisas, sabe-se que o custo anual da violência no campo da saúde se traduz em bilhões de dólares, mundialmente. Aliado

a estes custos deve-se acrescentar as despesas relacionadas a dias não trabalhados, tratamentos relacionados a danos psicológicos e bens pessoais perdidos. As consequências dessa violência repercutem no já desgastado Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, evidenciando um aumento de gastos com emergência, assistência e reabilitação, que tendem a ser mais onerosos que a maioria dos procedimentos médicos convencionais (MINAYO, 2005). Assim, a violência é hoje, a principal causa de mortes prematuras, lesões, traumas e incapacitações (OPAS, 1993; MERCY, 1993; SOUZA, 1989), com altíssimos custos financeiros e sociais.

Segundo o Mapa da Violência de 2014, elaborado pelo Instituto Sangari (WAISELFISZ, 2014), percebe-se que no histórico de pouco mais de 30 anos (1980 a 2011) o Brasil atingiu a alarmante conta de 1.145.908 vítimas de homicídios. Somando a isso mais 995.284 vítimas de acidentes de transporte e 205.890 suicídios, assim contabiliza-se 2.347.082 vítimas por causas externas. No Brasil mais de 2 milhões de pessoas foram mortas nos últimos 30 anos, a guerra civil da Guatemala, que durou 24 anos, registrou-se 400 mil mortes. Já a guerra civil da Colômbia que foi de 1964 a 2000, teve 45.000 mortos. A disputa religiosa entre Israel e Palestina durante 53 anos (entre 1947 e 2000) foi marcada pelo assassinato de 125 mil pessoas (WAISELFISZ, 2012). Dessa forma, certamente não se pode tratar situações de violência no Brasil como se fossem eventos isolados e que pouco se relacionam a condições mais amplas de saúde e de qualidade de vida.

Em mesmo sentido, Minayo (2007) destaca que as mortes causadas por outros ou pelo sujeito contra ele mesmo tem repercussões para saúde não apenas individual como também coletiva, sendo que a violência adquiriu um caráter endêmico por vários países (MINAYO & SOUZA, 1998). Em 2002, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou o Relatório Mundial sobre

Violência e Saúde, essa atitude internacional fomentou discussões sobre o tema, definiu os distintos tipos de violência (física, psicológica, sexual e negligência) e evidenciou a importância de seu enfrentamento na área de saúde.

Durante muito tempo os setores relacionados à saúde, ocupavam-se apenas em corrigir e atender os efeitos danosos causados pela violência, atendendo suas vítimas nos serviços de emergência, reparando e reabilitando os traumas e lesões consequentes aos danos, bem como atendimentos nos serviços especializados. Entretanto, com o aumento exorbitante dos casos de violência já citado anteriormente, e o impacto negativo relacionado aos custos com serviços especializados para o tratamento dos danos advindos deste fenômeno, percebeu-se que a saída para essa complicada situação seria o investimento em prevenção e a adoção de uma perspectiva mais holística de saúde, para qual certamente o conceito de saúde coletiva é relevante.

Desenvolveu-se a perspectiva da “Saúde Coletiva” na segunda metade dos anos 50 na América Latina. Não existe uma única definição para o termo “Saúde Coletiva”, porém em geral se entende como sendo um campo de conhecimento importante para discutir os agravos e acontecimentos em saúde que diz respeito ao modo de viver da população em geral, onde se promove saúde, se previne doenças, recupera-se e/ou trata-se enfermos, reduzindo as diferenças em saúde. Fleury (1985) define saúde coletiva como área de produção de conhecimentos que tem como objeto as práticas e os saberes em saúde, referidos ao coletivo enquanto campo estruturado de relações sociais no qual a doença adquire significação. A Associação Brasileira de Saúde Coletiva conceitua saúde coletiva como “uma forma de abordar as relações entre conhecimento, prática e direitos referentes à qualidade de vida.”

Inicialmente no Brasil, no período da segunda metade da década de 50, não se pode dizer que foi possível uma concepção integral da saúde como saúde coletiva, tendo sido cunhado o termo '*pré-saúde coletiva*' para quando o destaque das atuações eram apenas referentes a do que seria 'medicina preventiva'. A partir dos anos 70, passando pelo processo da reforma sanitária e a estruturação do SUS, se consolidou no Brasil o termo "Saúde Coletiva", sendo o conceito incorporado por acadêmicos e profissionais da saúde, de modo a não se isolar os ideais preventistas, mas sim firmar o modelo de '*medicina social*'. É também na década de 70 que surgem os primeiros cursos de Pós-Graduação na área da saúde coletiva, os quais até atualmente vem defendendo uma perspectiva ampla de saúde, impossível de ser deslocada dos determinantes sociais (NUNES, 1994).

Para Paim (1998), 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. Este contempla o desenvolvimento de atividades de investigação sobre o estado sanitário da população, a natureza das políticas de saúde, a relação entre os processos de trabalho e doenças e agravos, bem como as intervenções de grupos e classes sociais sobre a questão sanitária. São disciplinas complementares desse campo a estatística, a demografia, a geografia, a clínica, a genética, as ciências biomédicas básicas, entre outras. Esta área do saber fundamenta um âmbito de práticas transdisciplinar, multiprofissional, interinstitucional e transsetorial”.

Existe um marco conceitual proposto para orientar o ensino, a pesquisa e a extensão em saúde coletiva no caso brasileiro, o qual se compõe dos seguintes pressupostos básicos (PAIM, 1982):

a) “A Saúde, enquanto estado vital, setor de produção e campo do saber, está articulada à estrutura da sociedade através das suas instâncias econômica e político-ideológica, possuindo, portanto, uma historicidade”.

b) “As ações de saúde (promoção, proteção, recuperação, reabilitação) constituem uma prática social e trazem consigo as influências do relacionamento dos grupos sociais”.

c) “O objeto da Saúde Coletiva é construído nos limites do biológico e do social e compreende a investigação dos determinantes da produção social das doenças e da organização dos serviços de saúde, e o estudo da historicidade do saber e das práticas sobre os mesmos. Nesse sentido, o caráter interdisciplinar desse objeto sugere uma integração no plano do conhecimento e não no plano da estratégia, de reunir profissionais com múltiplas formações (...)”.

Assim, a partir da perspectiva de saúde coletiva, pode-se dizer que situações de violência devem ser entendidas tendo-se como premissas que os profissionais da saúde devem:

a) aceitar o desafio de enfrentar violência, prevenindo-a e não só lidando com suas consequências conforme a Organização Mundial da Saúde já em 2002 preconizava, e entendendo que promover relações interpessoais saudáveis é promover saúde;

b) trabalhar conjuntamente com outros setores da sociedade para lidar com esse desafio, sendo que a interdisciplinaridade e as ações de equipes multiprofissionais são urgentes para os programas assistenciais e políticos, entendendo-se que o trabalho com a violência é a junção de saberes e práticas da saúde com os Direitos Humanos e Sociais, integrando justiça, segurança pública, educação, etc. (SCHRAIBER *et al.*, 2006);

c) compreender que ações violentas assim como outras enfermidades são uma junção de fatores biológicos e sociais, devendo se propor atuações que levem em conta esse caráter complexo das situações de violência e, por fim.

d) a violência é um problema de saúde pública uma vez que sua prevenção/tratamento e/ou reabilitação exigem a formulação de políticas públicas específicas de prevenção à violência ou atendimento às vítimas no sentido de minorar os danos causados por este fenômeno (MINAYO, 2005).

Incluir a violência como um problema também de saúde coletiva não é meramente responsabilizar mais uma área, assim como a educação ou a segurança pública, mas é utilizar de seus conhecimentos práticos e teóricos para criar intervenções adequadas, prevenindo possíveis atos violentos, assim como suas consequências.

Após se definir a violência enquanto um problema de saúde coletiva, pode-se expor um programa de excelência canadense que atua na prevenção de comportamentos agressivos. Sabe-se que crianças com comportamentos agressivos apresentam mais chances de sofrer violência (como retaliação, JENNINGS, PIQUERO, REINGLE, 2012), de abusarem de substâncias, participarem de gangues, engravidarem antes de se tornarem adultos e evadirem de escola (FARRINGTON, 2015). Adicionalmente,

os atos agressivos que cometem podem ocasionar danos físicos e emocionais nas vítimas, de modo que essas passem a depender de atendimentos remediativos na área de saúde. Assim, certamente, ao se criar condições para prevenir comportamentos agressivos em crianças se está criando condições para evitar enfermidades, deficiências e promover saúde.

O programa SNAP surgiu na década de 1970, tendo suas intervenções sido sistematizadas em 1985 de modo a facilitar a replicação. Este programa foi criado a partir da necessidade da comunidade, uma vez que surgiu uma lei que descriminalizava comportamentos infratores de crianças mais novas do que 12 anos. Assim, passou-se a entender que tais crianças precisavam de acompanhamento na área de saúde mental e da assistência social, e não repressão, tendo então o governo canadense direcionado recursos para o desenvolvimento de serviços a essa população. Cabe ressaltar que apesar de o programa SNAP ter surgido a partir de uma necessidade social, não se ateu à prática, pois como os fundadores do programa (Leena Augimeri, Debra Pepler, dentre outros) tinham experiências de pesquisa percebiam desde o seu início a importância da articulação ciência e prática para ter informações sobre como aprimorar constantemente o programa e justificar o recebimento de recursos financeiros e humanos com a comprovação de resultados. Em 1994, o programa ampliou-se de modo que quando as crianças se tornassem adolescentes ainda pudessem estar vinculadas ao programa caso necessitassem disponibilizando outros componentes como: aconselhamento para questões escolares, aconselhamento familiar e individual para o adolescente e orientação profissional. Em 1996, foram elaboradas estratégias específicas para garotas, uma vez que os resultados dos estudos mostravam que o programa não estava sendo tão efetivo para elas. Como percebeu-se o programa como efetivo, decidiu-

se fazer algumas alterações no programa de modo a ampliá-lo para outros contextos, sendo em 2002 iniciam-se estudos para aplicar o programa em salas de aula em escolas regulares e em 2014 à adolescentes cumprindo medida socioeducativa e que tenham entre 12 a 19 anos.

O programa SNAP se baseia em nove princípios:

1) interseção entre ciência e prática, de modo que periodicamente faz-se reuniões interdisciplinares para embasar o aprimoramento contínuo do programa;

2) respeito à individualidade dos usuários do programa, de modo que se determinam com flexibilidade as metas a serem alcançadas;

3) sensível a diferenças de gênero no que diz respeito a expressão da agressividade (meninas costumam praticar mais rumores e exclusão enquanto que meninos geralmente são agressivos fisicamente (FAGAN, HORN, HAWKINS, & ARTHUR, 2007));

4) estratégia ecossistêmica (para saber mais sobre ver MARTINS & SZYMANSKI, 2004), de modo que são avaliados os fatores de risco e de proteção nos níveis do indivíduo, família, escola e comunidade para que os componentes a serem ofertados pelo programa e a intensidade das intervenções considerem a realidade ampla do usuário;

5) valorização das habilidades e competências dos usuários, de modo que essas sejam fortalecidas e empregadas para reduzir comportamentos problema, baseando-se no princípio do reforçamento positivo (CATANIA, 1999);

- 6) acompanhamento permanente dos usuários e suas famílias, de modo que esses realmente se engajem ao programa;
- 7) parcerias com instituições e serviços apropriados para crianças e famílias, de modo que se potencialize os benefícios durante e após o programa;
- 8) responsivo a diferenças culturais e socioeconômicas e
- 9) capacitação e avaliação contínuas dos funcionários do programa. Certamente estes nove princípios são relevantes e deveriam ser levados em consideração ao se desenvolver estratégias brasileiras de prevenção à violência e promoção da saúde.

De modo mais específico, o programa busca principalmente ensinar para a criança:

- a) técnicas de autocontrole da raiva e
- b) comportamentos alternativos não-agressivos a serem emitidos em diferentes interações sociais da criança, como com familiares, com educador e com pares.

Já para os pais, o programa tem como foco ensinar:

- a) o manejo da raiva, uma vez que a literatura aponta que pais de crianças agressivas podem ser modelo de comportamento agressivo e
- b) habilidades parentais adequadas, por exemplo, valorizar os comportamentos pró-sociais do filho(a), ter momentos lúdicos com o filho(a), consequenciar comportamentos inadequados sem o uso de agressão verbal/física e consistentemente.

O público alvo do programa SNAP se refere a crianças de 6 a 12 anos que estejam apresentando comportamentos agressivos, tendo sido encaminhadas para intervenção pela escola, ou pela polícia por ter cometido ato agressivo importante, ou pelos próprios pais ou por outras agências de cuidados à criança (como, *Child Welfare*). Adicionalmente, deve-se identificar que há necessidade de um tratamento intensivo, de modo que apenas o fornecimento de informações sobre habilidades parentais não seja suficiente. Além do trabalho direto com as crianças, os pais/cuidadores frequentam o programa, assim como em alguns casos faz-se consultas a professores e diretores da instituição onde a criança estuda.

O programa tem o seguinte formato:

- **Telefonemas por parte de profissionais** do programa a fim de obtenção de informação a respeito da criança e avaliação da necessidade de essa participar deste. Nesse momento, utiliza-se de um roteiro de entrevista validado (*Brief Child and Family Phone Interview*, CUNNINGHAM, BOYLE, HONG, PETTINGILL, & BOHAYCHUK, 2009).

- **Encontros iniciais com pais e criança**, no qual são explicados os objetivos do programa, aplicados instrumentos de avaliação (*Child Behavior Check List*, *EARL Risk Assessment*, *Ecosystemic Assessment*, AUGIMERI, KOEGL, LEVENE, & WEBSTER, 2005) e verificada a motivação dos participantes em participar da intervenção. Tais instrumentos investigam tanto os comportamentos da criança quanto dos cuidadores, sendo que os comportamentos da criança são avaliados não somente pelo cuidador como também por professores. Além de se medir o objetivo principal do programa: redução de comportamentos externalizantes, mede-se variáveis mediadoras como estresse pa-

rental, depressão, entre outros. De modo geral, pode-se dizer que essas avaliações objetivam reunir informações sobre: composição familiar, redes de suporte da família, dinâmica de comunicação na família, se há histórico de violência na família, como o cuidador foi educado pelos pais dele, se há necessidade de cuidadores fazerem acompanhamento psicológico/psiquiátrico, escolaridade dos cuidadores, nível de supervisão que os cuidadores oferecem à criança, características do bairro em que a criança reside, entre outros. Ao final dessa etapa, profissional de saúde e participante do programa estabelecem uma meta simples para o tratamento, a ser estabelecida por escrito, por exemplo: um garoto estabelece querer parar de roubar objetos dos colegas e pais, uma mãe prioriza ter menos discussões conflituosas com a filha.

- **Sessões grupais de 90 minutos.** O conteúdo das sessões são planejados de modo que pais e crianças possam aprender habilidades que se complementem, facilitando a interação entre ambos e a aprendizagem dos novos comportamentos. Há diferenças no conteúdo e formato das sessões e características do terapeuta entre o programa para meninos (SNAP-ORP) e o programa para meninas (GC), sendo que tal abordagem que considera o gênero é inovadora, baseada em estudos que apontam a agressividade em meninas ser principalmente do tipo indireta (espalhar rumores, ignorar e excluir) e estar bastante relacionada com a qualidade da interação mãe-filha e com o desenvolvimento da sexualidade. As sessões com os garotos incluem sempre um terapeuta do sexo masculino, de modo que esse sirva mais facilmente como modelo para os participantes, já as sessões das garotas são sempre conduzidas por terapeutas do sexo feminino, pois se percebeu que as participantes relatam mais suas emoções e dificuldades quando na presença de terapeutas mulheres.

Há também avaliações contínuas ao longo do processo de aplicação do programa que ocorrem em reuniões estruturadas de equipe logo após o término da sessão que seguem um roteiro (o objetivo da sessão foi alcançado?, como o grupo participou das atividades e como os participantes interagiram entre si, com o terapeuta e coterapeuta? e quais serão os encaminhamentos para sessões seguintes?). Por vezes, quando a equipe ainda está em treinamento, um técnico anota em um *checklist*, observando por meio de um espelho unidirecional com quanta fidelidade ao manual a sessão se desenvolveu, em cada parte de sua estrutura, como se os materiais necessários foram empregados, se o terapeuta executou as atividades integralmente, se interagiu com os participantes, reforçando comportamento pró-sociais, ignorando comportamentos antisociais, dando avisos, etc. Assim, monitora-se o quão fiel a aplicação do programa tem sido em relação ao seu planejamento, bem como permite aprimoramentos de estratégias, as quais podem gerar modificações nos manuais. Adicionalmente, no grupo de pais ou cuidadores, estes preenchem após cada sessão se a consideraram relevante, qual aspecto mais apreciaram, entre outros.

- **Telefonemas entre sessões a cuidadores e crianças:** tais telefonemas buscam receber informações sobre como está sendo a semana da criança e dos cuidadores, lembrar a necessidade de realizarem as atividades extrasessão e tentarem implantar no dia a dia o que foi discutido, responder questões que possam ter surgido ao longo da semana, clarificar/debater opiniões, discutir argumentos que não puderam ser detalhados na sessão grupal, fortalecer o vínculo entre terapeuta e cuidadores e terapeuta e criança, motivar para a vinda para o encontro seguinte.

- **Sessões de suporte e acompanhamento:** quando os cuidadores, crianças ou o terapeuta achar necessário são realizadas

sessões individuais ou em família de modo a facilitar a adesão ao programa, a aprendizagem das habilidades, o acolhimento diante de situações conflituosas, como o pedido da escola de transferir a criança ou suspendê-la.

- **Estratégias na escola:** os professores das crianças em atendimento são contatados no início do programa a fim de coletar informações que auxiliem no tratamento, ao longo do programa para receber *feedback* sobre possíveis mudanças da criança e para fornecer sugestões de como lidar com os comportamentos da mesma e ao final para que se receba informações que auxiliem na decisão de quais devem ser os futuros encaminhamentos.

- **Reavaliação:** são reaplicados os instrumentos pré-avaliação (*Child Behavior Check List, EARL Risk Assessment, Ecosystemic Assessment*).

- **Encaminhamentos:** o terapeuta após ter obtido as informações dos dados coletados a partir de instrumentos validados, das suas percepções e de reuniões em equipe, convida cuidadores a discutir se sentem-se preparados para desligar-se do programa, se pensam que se beneficiariam de uma segunda participação no programa, ou de outros componentes do mesmo. Dentre os outros componentes, têm-se: sessões individuais de acompanhamento, sessões de aconselhamento familiar, auxílio aprendizagem (*Homework club*), aprendizagem de habilidades de liderança (*Leaders in Training*), desenvolvimento de vínculos saudáveis entre mãe e filha (*Girls Growing Up Healthy*). Assim, pode-se fazer o direcionamento a outros componentes do programa, a outros serviços e desligamento, de acordo com as especificidades de cada caso.

O *SNAP* para meninos foi avaliado como efetivo por mais de 10 estudos, por 24 pesquisadores diferentes, sendo quatro

desses externos ao *Instituto Child Development* o qual elaborou o programa, com delineamentos experimentais com avaliações pré-programa, pós-programa e de *follow-up*. As avaliações de *follow-up* realizadas variaram de 3 meses após a intervenção até mais de 24 meses. Para lista de publicações de resultados com o programa, ver <https://childdevelop.ca/snap/science-behind-snap>.

O programa foi disseminado para ser aplicado por diferentes instituições, os quais cumpriram com pré-requisitos para ganhar a licença para executá-lo e se tornar uma instituição afiliada ao programa SNAP. Há diferentes opções de licença, as quais tem custos diferentes para a instituição e exigem diferentes pré-requisitos de acordo com o modo em que o programa será aplicado. De modo geral, alguns pré-requisitos seriam: 1) a instituição que irá aplicar o programa deve estar articulada com outras agências que trabalham com crianças e famílias (escola, polícia, Conselho Tutelar no caso brasileiro); 2) ter funcionários que trabalhem em tempo integral para a aplicação do programa; 3) os aplicadores devem ter realizado treinamentos específicos sobre o programa, os quais são aplicados pelo instituto no qual o programa foi criado (*Child Development Institute*) e que segue didática e conteúdo programático previamente estabelecido e testado; 4) os aplicadores devem ter sua atuação monitorada e com consultoria contínua aos profissionais que apliquem o programa; 5) a realização de pesquisas deve ser entendida pela instituição que o aplica como parte integrante da própria aplicação do programa; 6) deve haver comunicação contínua entre instituição que aplica o programa e a instituição que elaborou e monitora o programa, o que permite que as atualizações realizadas no programa e outros materiais de interesse sejam repassados para a instituição que está aplicando o programa. Tais pré-requisitos foram definidos com base em estudo de Augimeri, Koegl, Slater e Ferrante, (2006).

Cabe ressaltar algumas condições que permitiram o desenvolvimento do programa SNAP e que deveriam ser considerados com relação ao desenvolvimento de programas preventivos de violência no Brasil. As pesquisas realizadas no âmbito do SNAP são feitas não apenas pela própria instituição como são oportunizadas parcerias com as universidades locais (*York University, Toronto University*) como também pesquisadores estrangeiros (Holandeses, entre outros) e de diferentes regiões do Canadá. Há forte marketing do programa, havendo profissionais de publicidade e designers contratados para a elaboração de folhetos, vídeos, logo e mascote, que são empregados tanto para informar a população em geral quanto aos participantes do programa, para que aumentem a adesão ao longo do tratamento. O financiamento do programa ocorre tanto por iniciativa governamental quanto privada, havendo uma comissão de pessoas voluntárias as quais unicamente buscam angariar fundos para o programa.

Acredita-se que o programa SNAP é um exemplo de estratégia que segue os preceitos da saúde coletiva, pois: a) entende o problema dos comportamentos agressivos de maneira ampla, como resultado de diversos fatores individuais, familiares e da comunidade, b) o enfrentamento dos comportamentos agressivos envolve não apenas estratégias junto à criança agressiva, mas também a sua família, seus professores e sua comunidade, c) o projeto articula-se com vários outros serviços, para potencializar os resultados alcançados e d) emprega diversos profissionais, como psicólogos, assistentes sociais e publicitários; e) tem como objetivo final empoderar a criança e família para aprenderem a resolver conflitos e problemas, de modo a não se tornarem dependente do programa.

Por fim, defende-se que a violência é um problema de saúde coletiva e que é possível desenvolver programas efetivos para

lidar com esse problema, conforme o que se ilustrou pelo programa SNAP. Não podemos esquecer que a tarefa de prevenir a violência e promover a cultura de paz é de diferentes áreas sociais, ainda que no âmbito da saúde coletiva possa-se agregar profissionais, pesquisadores e instituições de modo a se cumprir com o que Paim (1982) expõe: “*O conhecimento não se dá pelo contato com a realidade, mas pela compreensão das suas leis e pelo comprometimento com as forças capazes de transformá-la*”.

## REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA - ABRASCO. **Documento preliminar de princípios básicos.** In: *Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil*. Rio de Janeiro, ABRASCO 1982:100-17.

AUGIMERI, L. K., KOEGL, C. J., FERRANTE, P., & SLATER, N.. Why and how: Conducting effective clinical risk assessments with children with conduct problems. **Canada's Children**, v.12, n. 2, 2006, p. 24-27.

AUGIMERI, L.K., KOEGL, C.J., LEVENE, K. S., WEBSTER, C. D. Early assessment risk lists for boys and girls. In T. Grisso, G. Vincent, & L. Seagrave (Eds.), **Mental health screening and assessment in juvenile justice** (pp. 295 - 310). New York, N.Y.: Guilford Pub. Inc, 2005.

CATANIA, A. C. **Aprendizagem: comportamento, linguagem e cognição.** Porto Alegre: Artmed, 1999.

CUNNINGHAM, C.E., BOYLE, M. H., HONG, S., PETTINGILL, P., & BOHAYCHUK, D. The Brief Child and Family Phone Interview (BCFPI): Rationale, development, and description of a computerized children's mental health intake and outcome assessment tool. **Journal of**

**Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines**, v. 50, n. 4, 2009, p. 416-423.

FAGAN, A. A.; HORN, M. L. V.; HAWKINS, J. D.; ARTHUR, M. W. Gender Similarities and Differences in the Association Between Risk and Protective Factors and Self-Reported Serious Delinquency. **Prevention Science**, v. 8, 2007, p. 115-124.

FARRINGTON, D. P. Cross-national comparative research on criminal careers, risk factors, crime and punishment. **European Journal of Criminology**, 2015, v. 12, n. 4, p. 386-399.

JORGE, MHPM; Yunes, J. **Violência e saúde no Brasil**. Revista USP. São Paulo, a.51; set/nov 2001, p. 114-127.

JENNINGS, WESLEY G., PIQUERO, ALEX R., REINGLE, JENNIFER M. On the overlap between victimization and offending: A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, v. 17, p. 16-26, 2012.

MARTINS, Edna; SZYMANSKI, Heloisa. A abordagem ecológica de Urie Bronfenbrenner em estudos com famílias. **Estudos e Pesquisa em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, jun. 2004.

MERCY, J. A., 1993. **Public health policy for preventing violence**. *Health Affairs*, 12: 07-29.

MINAYO MCS. **Violência, um problema para a saúde dos brasileiros: introdução**. IN: Souza ER, Minayo MCS, organizadores. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2005. p. 9-33.

MINAYO, MCS; SOUZA, ER. **Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva**. *História, Ciências, Saúde. Mangueiros - IV*(3): 513-531, nov. 1997-fev. 1998.

MINAYO, MCS. **A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(Sup): 1259-1267, 2007.

NUNES, ED. **Saúde Coletiva: História de uma ideia e de um conceito**. *Saúde e sociedade*, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 05-21.1994.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD – OPAS. **Resolución XIX: Violencia y Salud.** Washington, DC: 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial sobre violência e saúde.** Genebra, 2002.

PAIM, JS. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI,** Salvador. EDUFBA, 2006.

PAIM, JS.; ALMEIDA FILHO, N. **Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas.** São Paulo, v. 32, n. 4 p. 299-316, ago. 1998.

SCHRAIBER, L. B. et al., **Violência e saúde.** Rev. Saúde Pública 2006;40 (N Esp):112-20.

SOUZA, E. R. & ASSIS, S. G. **Violência e Mortalidade na América Latina: Um Estudo das Causas Externas de 1968 a 1986.** Centro Latino Americano de Estudos Sobre Violência e Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 1989.

WAISELFISZ JJ. **Mapa da violência 2014: Homicídios e juventude no Brasil.** Disponível em: [http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2014/Mapa2014\\_AtualizacaoHomicidios.pdf](http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2014/Mapa2014_AtualizacaoHomicidios.pdf). Acesso em: 12/07/2015.

WAISELFISZ JJ. **Os novos padrões da violência homicida no Brasil.** Disponível em: [www.mapadaviolencia.org.br/pdf2012/mapa2012\\_web.pdf](http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2012/mapa2012_web.pdf) Acesso em: 13/07/2015.

## CAPÍTULO 13

# (DES)INSTITUCIONALIZAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: UMA ANÁLISE CRÍTICA DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Mariana Pompílio Gomes Cabral

Carliene Bezerra da Costa

Diego Medeiros da Silva

Erasmio Mieessa Ruiz

Maria Salete Bessa Jorge

### CONTEXTUALIZANDO

A seara da saúde mental é marcada por lutas, vitórias, avanços e desafios. A loucura é marca histórica, sendo vista e concebida de modo diferente dependendo da cultura, do período histórico, social e econômico vigente. Ou seja, os sujeitos chamados “loucos” e as formas de tratamento dadas a eles não são naturais, nem as mesmas no decorrer da história. Muito pelo contrário: o louco, a loucura e seus dispositivos sociais e de saúde/doença são construções e criações macropolíticas e micropolíticas.

Por muito tempo a loucura foi vista como a “desrazão” ou “doença mental”, precisando ser contida em uma instituição chamada de manicômio. Goffman (1974) especifica algumas características peculiares dessa institucionalização da loucura: o

isolamento social, a fragmentação do cuidado, o tratamento voltado para a doença e apenas para a contenção e administração de crises, e, principalmente, a dependência de vida do sujeito totalmente ligada a essa instituição.

Entretanto, Rotelli (1990), Amarante (2007), Lima e Yasui (2013), em seus estudos, já teimam em ratificar que a problemática da institucionalização da loucura não está circunscrita apenas a instituição manicômio. Ou seja, o problema não é apenas o hospital, portanto, a solução não é a desospitalização. A problemática alcança níveis macropolíticos, sociais e culturais. Como diz Foucault (1978), os manicômios são os principais dispositivos criados pela sociedade para a disciplinarização e controle dos corpos que não se adequam a ordem e à razão vigente em dada sociedade.

Logo, falar em (des)institucionalização está para além dos muros hospitalares. Refere-se, portanto, a uma opressão, repressão, exclusão, enclausuramento e afastamento das diferenças, das diversidades, das singularidades e das subjetividades.

Nas lutas da Reforma Psiquiátrica Brasileira, juntamente com a Reforma Sanitária, ecoavam as vozes de profissionais, usuários, familiares, estudiosos e intelectuais da loucura e da saúde mental que gritavam afirmando a falência e a negação dos manicômios como único, possível e específico tratamento à saúde/doença mental. Era preciso romper com o paradigma manicomial indo em busca de cuidados que facilitassem a potência de vida.

Eis que a Lei 10.216 é promulgada, consolidando politicamente o modelo de atenção psicossocial à saúde mental. A partir daí, em termos jurídicos foi garantido aos usuários de saúde mental o direito à saúde a garantir acesso e acolhimento em todos os âmbitos da sociedade. Dessa forma, afirmou-se o compromisso do Estado em desenvolver políticas, assistência e ações que promo-

vam um cuidado integral e corresponsabilizado entre serviços de saúde mental, família e comunidade, em direção a um estatuto de cidadania e crescentes graus de autonomia aos portadores de transtornos mentais (BRASIL, 2001).

Os serviços de atenção psicossocial, propostos como modelo substitutivo à assistência hospitalocêntrica convencional, caracterizam-se por serem abertos e próximos ao local de moradia dos usuários, dando ênfase não mais no processo de cura da doença mental ou manutenção de crises, mas, privilegiando a produção de vida, de sentido e de sociabilidade (AMARANTE, 2007; JORGE *et al.*, 2011).

Diante dessa nova perspectiva de produção do cuidado, preconiza-se a descentralização dos serviços e das ações em saúde, desfragmentando as ideias e práticas manicomialis, dentre eles o Centro de Saúde da Família (CSF) e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Nesse sentido, preconiza-se a assistência mediante um novo arranjo de saberes e práticas, emergindo, assim, o desafio de construir um cuidado articulado entre os diferentes níveis e setores de atenção, apoiados na proximidade, no vínculo e na cobertura territorial dos problemas de saúde.

Tanto o CSF – com a Estratégia Saúde da Família –, como o CAPS – como ordenador das ações de saúde mental –, são dois fundamentais eixos norteadores de práticas responsáveis pela promoção da saúde de um determinado território. Mas não são os únicos dispositivos de atenção à saúde mental. Toda instância social deve se comprometer a acolher e oferecer condições possíveis de resolubilidade às necessidades dos usuários de saúde mental, incluindo, por exemplo, a previdência social, as escolas, trabalho, comunidade, etc. (DELFINI *et al.*, 2009).

A integração desses novos serviços e equipamentos de saúde estão diretamente relacionados a construção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que tem por máxima a descentralização da atenção e que prima por reconhecer a importância do serviço de saúde em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário, possibilitando a promoção, a prevenção e a educação em saúde.

Após as conquistas da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), embora se confirme os avanços no terreno dos direitos à saúde mental mediante as preconizações da política da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), é preciso não somente pensar em políticas, mas, imprescindivelmente, se pensar em modos de produção do cuidado que sejam resolutivos a esse modelo substitutivo ao manicomial.

Não há como negar os grandes passos dados até hoje com o modelo psicossocial advindo da Reforma Psiquiátrica. Mas ainda há desafios. Não basta romper o paradigma manicomial através de leis. Não basta quebrar os muros dos manicômios. Está em pauta de discussão não apenas a transformação política e estrutural dos serviços, mas uma transformação de práticas, privilegiando uma outra postura ética e estética frente às necessidades de saúde da população assistida, que privilegie a aproximação com as diversidades e as diferenças produções de subjetividades.

Passado 14 anos de promulgação da lei 10.216/2001, que estabeleceu a Reforma Psiquiátrica, o presente estudo, pretende conhecer as produções científicas dos últimos cinco anos acerca do modelo de atenção psicossocial, problematizando os dilemas da (des)institucionalização do cuidado em saúde mental.

Mediante uma análise crítica e reflexiva de literatura, tal estudo se compromete em compor um panorama das publicações

de 2010 a 2014, com o intuito de perceber as diversidades de percepções e práticas que vem se estabelecendo contemporaneamente nos territórios da saúde mental.

Pretende-se, ao findar tal constructo a possibilidade de reflexão sobre como a loucura é contemplada e (des)institucionalizada nos dias de hoje nos diversos modos de atenção psicossocial.

## **PERCURSO METODOLÓGICO :**

Trata-se de uma pesquisa no intuito de analisar as produções científicas acerca da produção do cuidado na atenção psicossocial em interface com a (des)institucionalização do cuidado.

Foi feita a escolha dos seguintes descritores: “Desinstitucionalização”; “Saúde Mental”; “Atenção Psicossocial”. Ao conectar-se à Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), com tais descritores, foi possível recuperar, na primeira busca, um total de 128 artigos.

O refinamento estabeleceu critérios de inclusão e exclusão, tais como: seriam inclusos apenas artigos totalmente disponíveis na *web*; em língua portuguesa; nas bases de dados LILLACS e MedLine; correspondentes aos anos de 2010, 2011, 2012, 2013, 2014. Foram excluídos textos que não se encontravam totalmente disponíveis, em outras línguas, em outras bases de dados e em outro período.

Após tal refinamento a pesquisa resultou em um achado de 42 artigos. Na primeira leitura flutuante, foi possível perceber alguns artigos que não coincidiam com a temática e não respondia a questão norteadora, restando, então, em um total final de 16 artigos que fizeram parte dessa pesquisa.

O tratamento do material empírico foi orientado pela análise de conteúdo temática dos artigos (MINAYO, 2008). Enfatiza

Minayo (1999) que entre as possibilidades de categorização no campo da saúde a mais utilizada é a análise de conteúdo temática, consistindo em isolar temas de um texto e extrair as partes utilizáveis, de acordo com o tema pesquisado, para permitir comparação com outros textos escolhidos da mesma maneira.

A análise dos artigos realizou-se a partir de uma aproximação e uma adaptação da técnica de análise de conteúdo temática. Partiu-se da identificação das ideias centrais dos artigos, passando-se pela interpretação dos sentidos subjacentes às ideias e pelo agrupamento desses sentidos em núcleos, chegando-se à discussão de temas – como classificações mais amplas. Assim, basicamente, percorreu-se a seguinte trajetória: (a) leitura exaustiva dos artigos destinada a uma compreensão global e à caracterização dos estudos; (b) identificação das ideias centrais de cada artigo; (c) classificação das ideias em torno de núcleos de sentido; (d) comparação entre os diferentes núcleos de sentido presentes nos artigos estudados; (e) classificação dos núcleos de sentido em eixos de discussão mais abrangentes (temas), e (f) redação de síntese interpretativa por tema.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO:**

Com a análise, a pesquisa identificou os seguintes temas centrais nos artigos científicos selecionados: 31,25 % trouxeram referências sobre as práticas de cuidado no centro de atenção psicossocial; 25 % deram ênfase à saúde mental no hospital psiquiátrico e sua relação com as residências terapêuticas; 12,5% destacaram como dispositivo potente de cuidado as redes sociais de apoio, incluindo principalmente a família; 12,5% trouxeram aspectos importantes sobre estrutura, uso e desafios da prática de saúde mental em serviços comunitários; 6,2% apresentaram aná-

lises do cuidado de saúde mental na Estratégia Saúde da Família e 6,2% evidenciam a relação da saúde mental com planos de saúde.

Os trabalhos selecionados se tratam tanto de resultados de pesquisa de campo como de pesquisas bibliográficas e relatos de experiência. Todos os artigos foram fundamentais para o aprimoramento teórico acerca dos acontecimentos em saúde mental, na medida em que possibilitam o compartilhamento de experiências tanto exitosas como desafiadoras que, potencialmente, servirão de modelos e exemplos para outros serviços.

### ***Panorama geral dos serviços de saúde componentes da atenção psicossocial e suas práticas de cuidado***

Do complexo panorama exposto, na revisão dos artigos evidenciou-se que a construção da corresponsabilização e da pactuação entre os diversos pontos da rede de atenção psicossocial ainda passa por um processo instável de consolidação de práticas efetivamente psicossociais que alcance uma conectividade e uma integralidade do cuidado em saúde mental.

O serviço de saúde mais referido nos artigos e mais problematiza foi o Centro de Atenção Psicossocial. Costa, Figueiró e Freire (2014), por definição, remete-se ao CAPS não somente como um serviço de saúde, mas como um dispositivo potencial e estratégico de rompimento de paradigma com o modelo manicomial. Ressalta que o centro de atenção psicossocial se fundamenta em exercer papel fundamental dentro da RAPS, pois tem como proposta basilar a articulação entre os vários serviços de saúde – Atenção Primária, Atenção Secundária e Terciária - com os usuários dentro do território, além de representarem um espaço privilegiado de produção de cuidado, de autonomia, e de inclusão social.

Essa perspectiva coaduna com as preconizações da Portaria nº 336 de 2002, define-se que a função do serviço não está restrita à qualidade do atendimento ambulatorial. É preconizado que o Caps deve oferecer suporte em saúde mental à atenção básica, manter diálogo com a atenção secundária e terciária quando preciso e territorializar-se ao contexto comunitário do usuário, responsabilizando-se pela organização da demanda e da rede de cuidados. (DELFINI *et al.*, 2009)

Ainda neste sentido, Mororó, Colveira e Machado (2011) apontam que o diferencial estratégico do CAPS é a produção de cuidado mediante o Projeto Terapêutico Singular (PTS) que considera a interdisciplinaridade e a multiprofissionalidade ferramentas necessárias para atender às demandas de saúde dos usuários.

Mesmo com todo o fomento feito ao Centro de Atenção Psicossocial, Pande e Amarante (2011) enfatizam que o CAPS, assim como todos os outros serviços componentes da RAPS passam por processos de transformação cotidianamente, territorializando-se com paradigmas novos e, nesse processo, correm (sim) o risco de uma produção de cuidado ainda ao modo manicomial (mesmo sendo em serviços ditos comunitários).

As temáticas dos artigos referentes ao centro de atenção psicossocial remetem-se repetidas vezes aos desafios para a integralidade do cuidado das práticas de saúde mental no CAPS e sua relação com os outros pontos da rede. Se reconhece o risco de acontecer a institucionalização nesses dispositivos, tornando-se serviços que mais produzem tutela do que autonomia.

Os seguintes conflitos foram problematizados nos artigos: o acolhimento dos usuários no serviço ainda se confunde com atendimento protocolar de preenchimento de uma triagem, com

o intuito de saber quais critérios nosológicos o usuário demanda e é a partir disso que se decide se o mesmo inicia ou não tratamento no serviço; a relação entre usuário e profissional ainda é truncada, hierarquizada, com envolvimento voltado para a escuta de sintomas (e não de sua história de vida) para o estabelecimento de terapêuticas, atividades circunscritas ao CAPS, com dificuldade de se articular com a comunidade; a participação do usuário em grupos terapêuticos para ter direito ao lanche, indicando uma participação compulsória e dependente; a formulação dos projetos terapêuticos apenas entre profissionais, não havendo a participação dos usuários na definição de seu próprio PTS (COSTA, FIGUEIRÓ E FREIRE, 2014; MORORÓ, COLVEIRA E MACHADO, 2011; PANDE E AMARANTE, 2011).

Esses desafios lembram a linha tênue entre o cuidado tutelar e o libertador, o de dominação e o de emancipação, entre a institucionalização e a desinstitucionalização. É fato que as práticas psicossociais não estão consolidadas, muito pelo contrário, diante do longo percurso histórico e social da hegemonia manicomial, a saúde mental, encontra dificuldade em romper com uma cultura de práticas que divergem do proposto a partir da reforma psiquiátrica. Eis um grande desafio. Mesmo depois de 14 anos de Reforma psiquiátrica, muitas reformas ainda estão por vir.

E que reformas são essas? Já se tem políticas, teóricos com saberes bem fundamentados acerca do modelo psicossocial. Que reformas faltam? Urge como reflexão as reformas que atravessam e constroem o micro, o intersubjetivo, a relação humano-humano, de reconhecer as diferenças, analisar os pré-conceitos iminentes às situações e, buscar estratégias que ao invés de excluir e isolar aproxime.

Percebe-se que as práticas discutidas nos artigos não representam a postura idealizada e proposta pela política de saúde mental. O que mais descaracteriza o modelo psicossocial são as práticas dos CAPS estarem reduzidas às atividades ambulatoriais e reduzidas ao tratamento de sintomas. Os artigos apontam como saída estratégica, buscar recursos existentes no próprio território e uma conectividade maior com a atenção primária à saúde. Isso favorecerá o exercício da autonomia dos usuários, indo contra o risco da produção de uma nova cronicidade ou institucionalização, e evitando que os CAPS tornem-se minimanicômios.

A atenção primária e a estratégia saúde da família (ESF) em consonância com a atenção psicossocial foi visto como um campo rico para produção de cuidado à saúde integral, porém, ainda encontrando-se tímida e sensível no que concerne a saúde mental, sendo evidenciado ainda um cuidado ativado por especialista – psiquiatra ou psicólogo, tendo os outros profissionais a dificuldade de lidar com usuários de saúde mental.

De acordo com a política, a expectativa é de que Atenção Básica seja responsável por garantir o acesso e o acolhimento de todos os usuários comunitários, inclusive de saúde mental, a fim de produzir cuidados voltados para prevenção, promoção de saúde, cuidados primários e fazer devidos encaminhamentos e articulação com outros setores da rede (BRASIL, 2003).

Essa pesquisa evidencia apenas um artigo que trata da relação atenção primária à saúde, saúde mental e desinstitucionalização. Diante disso, é cabível problematizar se esse pequeno quantitativo nos últimos 5 anos não reflete um cenário preocupante acerca da saúde mental na atenção primária, visto que esta desempenha papel fundamental no processo de promoção, prevenção e cuidados territorializados.

Em síntese, o artigo achado faz uma análise do processo de transformações de grupos de saúde mental que aconteciam em 1974 e grupos que acontecem a partir dos anos 2000 na atenção primária à saúde. Os grupos antigos, ainda eram voltados para o modelo biomédico, sendo chamado “Programa de Atendimento às Psicoses”, com o intuito de prevenir internações hospitalares de pacientes psicóticos. Outro grupo referido foi “O grupo dos Nervosos”, com foco no alívio de sintomas e administração de crise. A partir dos anos 2000, os grupos de saúde mental vinculados à APS, mudaram o foco, tendo como ênfase o cuidar de si, tentando promover a corresponsabilização dos usuários com a sua própria vida e seus modos de existência (MINOZZO, 2012).

Percebe-se que é grande avanço dos grupos, no decorrer do tempo. Entretanto, o artigo assinala a importância de uma melhor qualificação e formação dos profissionais da APS. Os profissionais sentem-se despreparados para operar práticas de cuidado em saúde mental.

Mesmo não sendo citado nos artigos, faz-se importante lembrar do núcleo de interseção entre CAPS E ESF, para permitir o máximo de diálogo e aproximação de práticas, saberes e fazeres, o NASF – Núcleo de Assistência a Saúde da Família, tem o papel de ser a ponte para o melhor fluxo do usuário da rede de saúde mental e a rede de serviços de saúde, em busca da integralidade do cuidado.

Dessa forma, urge como necessário o fortalecimento das equipes de APS para o desenvolvimento de ações de saúde mental de acordo com os princípios da reforma psiquiátrica, promovendo outras formas de ver, se relacionar e tratar a loucura, haja vista que é o lugar de produção do cuidado mais próximo das condições territoriais dos usuários, sendo sua porta de entrada na Rede de Saúde.

A rede social de apoio, incluindo a família e os serviços comunitários, também fazem parte da produção do cuidado em saúde mental. Estas surgem como importante fonte de apoio social na reconstituição da vida dos sujeitos, contribuindo assim para o resgate da sua autonomia e para a construção de um novo cotidiano (FERREIRA, *et al.*, 2014; ARGILLES *et al.*, 2013; LEÃO e BARROS, 2012; BOSI *et al.*, 2012; DIMENSTEIN *et al.*, 2010).

Os resultados da pesquisa de Ferreira *et al.*, (2014) revelam que a união entre usuário e sociedade torna-se ainda mais difícil quando trata-se de um paciente que passou por muito tempo asilada em hospitais psiquiátricos e, a partir do modelo psicossocial, tenta voltar ao cotidiano social. A proposta é que mesmo a passos lentos e graduais, os usuário vão buscando seus lugares e seus territórios, se firmando em uns, tornando-se nômades em outros, mas sempre em movimento, afastando-se cada vez mais, do enrijecimento manicomial.

Entretanto, vale lembrar que é no território que há as relações mais próximas do usuário a envolver movimentos, diálogos, confrontos e conflitos, como consequência da complexidade dos laços sociais e da difícil relação ainda em construção entre sociedade e saúde mental. Nos achados, evidencia-se a relação com família e vizinhos as mais conflituosas, sendo vínculos que caminham pela linha tênue a serem vínculos a promover saúde ou adoecimento.

Por isso, a comunidade é o campo que mais precisa ser habitado pelos cuidados em saúde mental, porém, o mais difícil. É preciso buscar estratégias para criar laços. Uma delas é conhecer os recursos do próprio território: um jogo de futebol que acontece aos domingos, a festa da igreja, as comemorações tradicionais do bairro. Enfim, habitar esses espaços é uma das possibilidades de estreitar laços entre cuidadores e cuidados.

Destaca-se o papel dos profissionais de saúde mental como ponte entre usuário e sociedade, principalmente os profissionais da Atenção Primária e Centro de Atenção Psicossocial, pois estão localizados na imanência do território (FERREIRA, *et al.*, 2014; BOSI *et al.*, 2012; DIMENSTEIN *et al.*, 2010).

Além disso, lembra-se da importância da produção do cuidado voltado não somente ao usuário, mas à sua família e seus cuidadores, pois necessitam também de ações de suporte emocional, físico e social. Enfatiza-se também a urgência de luta para a conquista de avanços em relação às políticas de inclusão social e reabilitação psicossocial, de fortalecimento de mecanismos de controle social, de estímulo ao empoderamento dos usuários e familiares, no sentido de fazer avançar o processo de desinstitucionalização em saúde mental (DIMENSTEIN *et al.*, 2010).

É válido lembrar que o dito louco, antigamente, era excluído da sociedade – a grande marca do modeo manicomial – utilizando o isolamento como medida de proteção tanto para o próprio usuário como para os que estão ao seu redor. Os usuários de saúde mental foram (e por muitas vezes, ainda é) submetidos ao rótulo de perigoso à sociedade, enfrentando dificuldade em conseguir, por exemplo, emprego, moradia e educação.

Portanto, falar de território, não é apenas falar de seus limites geográficos, assim como afirma os estudos de Lima e Yasui (2013), é falar de um contexto onde desdobram múltiplas possibilidades de vida, mediadas pelo que há de mais próximo dos usuários - trabalho, escola, grupos comunitários - que são multideterminados pela cultura e pelos aspectos sócio-político-econômico que o demarca, em seu tempo e em seu espaço.

Em síntese, inter cruzar as categorias território, comunidade e saúde, é entender os processos saúde-doença que são irredu-

tivelmente singulares a cada espaço, a cada tempo e a cada lugar que se processa, em cada contexto social específico.

As redes sociais de apoio, sendo importante ferramenta psicossocial, é seara de potência viva de produção do cuidado, porém é vista como espaço tanto de conforto, como de conflito e de confronto, precisando, dessa forma de mediadores do cuidado que facilitem a ponte entre usuário e território comunitário.

Ainda citado como grande referência de produção de cuidado em saúde mental foram os hospitais psiquiátricos. Esses serviços de saúde, como apontado nos artigos, são buscados diante de crises ou de não acompanhamento do usuário em centros especializados e primários de saúde. Quando conseguem sair do hospital psiquiátrico e não têm mais vínculo com a família e seu meio social, são encaminhados para residências terapêuticas com capacidade de formar novas e várias famílias, vínculos e laços de afeto.

Com a Reforma Psiquiátrica se estabelece a redução progressiva de leitos psiquiátricos, para oferecer cuidados com base nos recursos que a própria comunidade oferece -, trazendo, dessa forma, novas concepções a respeito da “doença/saúde mental” e a desconstrução da ideia do hospital como único possível lugar da “cura” do louco e da loucura (BRASIL, 2010).

Os hospitais Psiquiátricos na RAPS, preconiza-se que tenha função apenas de atendimento em crises de urgência e emergência. O usuário não deve morar em um hospital psiquiátrico, costume conhecido na era manicomial. Sendo assim, sua função de produzir cuidado, politicamente e teoricamente mudou. Na prática, ainda encontra dificuldades para fincar-se apenas como dispositivo de emergência.

Os achados de Ramos, Guimarães e Enders (2011), revelam dados significativos e preocupantes acerca de reinternações psiquiátricas. Algumas questões são problematizadas no artigo como: se por um lado, o hospital ainda ser referência de cuidado para o usuário, ancorado na representação de que só no hospital se tem a “cura” ou a administração de crise; por outro, a dificuldade da integralidade da rede, fazendo que forçosamente o usuário se encaminhe ao hospital.

Ou seja, duas linhas de forças bem expressivas há de se enfrentar. As representações da loucura e do hospital ainda estão estritamente ligadas. As crenças acerca do saber/fazer psiquiátrico contribuem para as reinternações frequentes de indivíduos em sofrimento psíquico. Cardoso e Galera (2009) afirmam que o fenômeno das reinternações psiquiátricas está permeado por representações social, cultural e econômica, tanto dos profissionais que decidem por esse procedimento, quanto dos familiares e sociedade em geral.

Fomentando essa ligação intensa entre loucura e hospital, tem-se a fragilidade da rede de atenção psicossocial. Quanto mais desarticulado a rede se encontra, mais dificuldades o usuário vai ter de se vincular a um serviço, ficando desassistido e propenso a possíveis crises, sendo necessária sua internação psiquiátrica.

Sendo assim, há um movimento dialético e dialógico entre essas duas linhas de força, quanto maior a integralidade do cuidado, mais assistência resolutiva existirá e menos reincidentes e crises acontecerá. E o inverso é recíproco.

Seja em hospital psiquiátrico, ou em qualquer outro ponto da rede, o usuário vai se deparar com representações sociais que emerge em cada território que ele habita. E a cada representação social desdobra-se a multiplicidade de processos de subjetividade.

Há produções de subjetividades diversas, diferentes e singulares em cada instância de cuidado.

Wachs *et al.*, (2010) enfatiza o caráter subjetivador que há em cada serviço de saúde, ao narrar, em seus resultados a transição subjetiva de usuários habitantes do território de um hospital psiquiátrico para o território de uma residência terapêutica. Ou seja, para além do deslocamento de um espaço geográfico para outro, remete-se a concepção de transição que diz respeito à apropriação de novos territórios subjetivos e de formas outras de viver e habitar.

Outro ponto a se questionar e problematizar nesse estudo, embora tenham sido poucas evidências de artigos acerca dessa temática, a pesquisa tratou como fundamental a discussão da relação entre a saúde mental e os planos de saúde à medida que se percebeu significantes descompassos entre o processo de desinstitucionalização da saúde mental no SUS e suas alianças com os planos de saúde.

De acordo com Silva e Costa (2011), as empresas de planos de saúde vinculadas à saúde mental ainda exercem intervenções terapêuticas pautadas no modelo biomédico: as consultas são ambulatoriais com estabelecimento de limites/prazos para início, meio e fim do processo terapêutico; enfatizam o tratamento do sintoma, sendo auxiliado por medicações psicotrópicas; não são oferecidos planos para promoção e a prevenção da saúde, sendo o tratamento centrado em casos graves, também com auxílio de internações hospitalares de curta e média duração.

Percebe-se um retrocesso ao se comparar os avanços e investimentos na atenção psicossocial. Vale destacar a fragmentação que há entre os serviços de saúde mental do SUS e os do plano privado, o que vai de encontro ao preconizado politicamente onde público e privado se complementariam e não se afastariam.

Essa problematização público-privado atravessa uma questão muito cara à saúde pública: o capital financeiro. Até que ponto a preocupação é a necessidade do usuário e não a necessidade de financiar a indústrias farmacêuticas e hospitais psiquiátricos privados. O foco na doença, rende mais, lucra mais. É uma questão que fica a se problematizar.

### ***Em síntese...***

Os dispositivos de cuidados em saúde mental atuante da rede de atenção psicossocial que emergiram na pesquisa foram respectivamente: o centro de atenção psicossocial; a estratégia saúde da família; a rede social de apoio e a família; o hospital psiquiátrico; as residências terapêuticas; os planos de saúde.

Nessa seara, é válido afirmar que a produção do cuidado em saúde mental não se centraliza apenas no processo de trabalho de cada serviço de saúde específico. É preciso uma articulação tanto entre equipes multiprofissionais em cada serviço, como também uma articulação, um encontro e uma congruência entre os vários serviços e setores de uma sociedade, que compõem, em sua máxima, uma rede de cuidados.

Embora uma gama de serviços estejam atuante nessa seara, a conectividade entre eles ainda é restrita e fragmentada, mantendo a conectividade apenas vinculada a protocolos, burocracias, mecanismos de referência e (com menos frequência) contrarreferência.

Como visto até aqui, os artigos publicados nos últimos cinco anos revelam ainda uma caminhada desafiadora para a integralidade dos serviços em redes, com foco na desinstitucionalização da loucura na atenção psicossocial. E o que isso significa dizer?

## **Dilemas plurais da (des)institucionalização da loucura**

A desinstitucionalização, conceitualização cara à saúde mental, pressupõe transformações para além da desospitalização (BATISTA e NOBRE, 2013; MILKE *et al.*, 2012). Está pautado no devir cultural e subjetivo da sociedade em consonância com as práticas de cuidado desenvolvidas nas diversas estações de cuidado.

A principal diretriz da Política Nacional de Saúde Mental consiste na redução gradual e planejada de leitos em hospitais psiquiátricos, com a desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internações. Concomitantemente, prioriza a implantação de serviços e ações de saúde mental de base comunitária, capazes de atender com resolubilidade os usuários que necessitem de atenção (BRASIL, 2005).

Pode-se dizer mais ainda: desinstitucionalizar implica, primeiramente, reconhecer os conflitos de poder-saber, da luta de classes, da hierarquização de poderes, para, a posteriori, buscar as estratégias para fazer brotar os processos de subjetivação determinantes de uma dada forma de lidar com a loucura (VASCONCELOS e PAULON, 2013).

A Reforma Psiquiátrica defende a desinstitucionalização de forma ampliada, para além da redução do seu vínculo institucional, com incentivo de vínculos extra-hospitalares (GUEDES *et al.*, 2010).

Complexificando mais ainda a problemática, a desinstitucionalização objetiva produzir cuidado que potencialize a vida dos atores envolvidos, que lhe desenvolva autonomia para as atividades da vida diária e exercício de sua cidadania (BATISTA e NOBRE, 2013; MILKE *et al.*, 2012).

O grande problema apontado pelos autores Vasconcelos e Paulon (2014) é que a própria Reforma Psiquiátrica se institucionalizou. O que isso significa dizer? Os próprios militantes se conservaram de forma rígida aos preceitos já conquistados pela reforma psiquiátrica. Mas os autores vem lembrar que a luta não parou por aí. É preciso ainda evidenciar muitas outras reformas para dar continuidade a passos mantenedores da luta antimanicomial.

A mudança no modelo de atenção à saúde necessita da dinâmica cotidiana de produção das práticas de saúde, que no campo da saúde mental é travestido de ambiguidades, de afetamentos e atravessamentos, que foram se construindo historicamente, e que faz interface com os processos de trabalho no campo da saúde, de uma maneira geral.

Enfim, é importante notar que um aperfeiçoamento institucional (da própria Reforma Psiquiátrica) é necessário. A incorporação de novos saberes e práticas é essencial para a continuação de progressos na conquista da efetividade do modelo de saúde mental, em busca de efeitos positivos para a construção da cidadania brasileira dos usuários de saúde mental.

Diante das perspectivas apresentadas, se faz preciso agora buscar propostas para o avanço com mais passos mantenedores da luta antimanicomial e para a não reprodução da institucionalização da loucura, da cristalização de práticas isoladas, de fragmentação de saberes e da predominância de cuidados especialistas e médico centrado se faz necessário a potencialização do movimento, dos caminhos do serviço em rede, enfatizando que é preciso políticas, práticas e saberes em alta conectividade.

A discussão desse estudo finaliza-se com a seguinte problemática: Por mais que a macropolítica aparente linear, enfatizando

as políticas de saúde mental, sabe-se que cada micropolítica tem seu contexto, tem suas produções de subjetividades, e produz, dessa forma, um ou vários modos de atenção psicossocial. Como articular a linearidade da política preconizada com a multiplicidade que se desdobra no campo de práticas?

Essas são questões que podem ser problematizadas à medida que se reconhece que as políticas não são ascéticas, e que no campo de práticas emergem hierarquias (des)veladas, conflitos de poder, pré-conceitos com a alteridade, características estas que não se restringe à era manicomial e nem estaria esgotadas no modelo psicossocial. Muito pelo contrário, são fenômenos que pertencem ao humano. Tanto a vida como a morte, o caos e a paz, o conflito, o poder, as paixões, os desejos, as emoções fazem parte da existência.

## CONSIDERAÇÕES

O estudo evidencia a multiplicidade de modos atenção psicossocial. Foi possível apreender que ainda é um grande desafio um fluxo contínuo e integral do usuário na rede, à medida que os usuários desta rede tenha direito de espaço não somente em centros especializados, como o Caps, mas em todos os outros pontos da rede de saúde – atenção básica, secundária e terciária - e de assistência social de apoio.

Acredita-se que devem ser levadas em pauta de discussão as políticas públicas de saúde mental, para que a própria Reforma Psiquiátrica se desinstitucionalize percebendo as novas insurgências do cenário cotidiano de práticas de saúde mental.

É preciso buscar estratégias para que a atenção psicossocial não seja fragmentada, centralizada em poucos profissionais especialistas e restritos ao serviços de saúde mental especializados.

Existe ainda, portanto, o desafio de aproximar sociedade, diferenças intersubjetivas e saúde mental. Nessa seara, é consubstancial afirmar que a luta antimanicomial precisa de modelos substitutivos de saúde que não só atenda bem as pessoas, mas que promova uma articulação social e intersetorial, principalmente com a Atenção Primária à Saúde e o território comunitário do usuário.

As potencialidades e fragilidades no âmbito da saúde mental, evidenciadas na análise de tal estudo, sugere que sejam consideradas como pauta de discussão no tocante a articulação entre políticas públicas, saberes e práticas em saúde, com o intuito de enfatizar a necessidade da continuidade de reivindicação de assistência a saúde que foque a dialógica entre setores sociais e os serviços multiprofissionais em saúde, em suas interfaces com integralidade do cuidado.

Conclui-se com o presente estudo que a produção do cuidado em saúde mental precisar buscar estratégias para além de uma transformação estrutural dos serviços, com alcance para um novo arranjo de atenção que potencialize o protagonismo dos atores em saúde e de vínculos corresponsabilizados, e, sobretudo, afirmação de bem estar social e qualidade de vida para os usuários.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BRASIL. **Lei Federal Nº. 10216** de 6 de abril de 2001. Lei da Reforma Psiquiátrica que redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm).

BRASIL, Ministério da Saúde. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM, Brasília, DF, 2001. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/saude\\_mental.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/saude_mental.pdf)>. Acesso em: 19 jul. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Brasília, 1997. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09\\_16.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf)>. Acesso em: 14 abr. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental/Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, 2004.

FRANCO, T. B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v.11, n. 23, p. 427-38, set/dez. 2007.

FRANCO, T.B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H.M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In: MERHY, E.E. *et al.*, **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2006. p.125-132.

JORGE, M. S. B., PINTO, D. M., QUINDERÉ, P. H. D., PINTO, A. G. A., DE SOUSA, F. S. P., & CAVALCANTE, C. M. Promoção da Saúde Mental. Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciênc. Saúde Coletiva**, 16 (7), (2011) 3051-3060.

LIMA, E.M.F.A.; YASUI, S. **Territórios e sentidos: espaço, cultura e cuidado na atenção em saúde mental**. Linha mestra, n. 23, ago.dez. 2013.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11 ed. rev. São Paulo: Hucitec, 2010.

COIMBRA, V.C. C; KANTORSKI, L. P; GUEDES, A. A. C. As contribuições da rede social no processo de desinstitucionalização da loucura. **Rev. Pesqui. Cuid. Fundam.** (Online);6(3): 976-986, jul.-set. 2014. ilus.

VASCONCELOS, MFF; PAULON, SM. - Instituição militância em análise: a (sobre)implicação de trabalhadores na Reforma Psiquiátrica brasileira. **Reform Psicol. Soc.** (Online);26(spe): 222-234, 2014. .

ARGILES, C.T.L; KANTORSKI, L.P; WILLRICH, J.Q; ANTONACCI, M.H; COIMBRA, V.C.C. - Redes de sociabilidade: construções a partir do serviço residencial terapêutico. **Ciênc. Saúde Coletiva**;18(7): 2049-2058, Jul. 2013. .

BATISTA, GC; NOBRE, MT. O caso “estrela”: práticas de desinstitucionalização na reforma psiquiátrica - **Psicol. soc.** (On-line);25(1): 240-250, 2013. .

LEÃO, A; BARROS, S. Território e serviço comunitário de saúde mental: as concepções presentes nos discursos dos atores do processo da reforma psiquiátrica brasileira. **Saúde Soc**; 21(3): 572-586, jul.-set. 2012. .

MIELKE, FB; OLSCHOWSKY, A; PINHO, L.B; WETZEL, CHRISTINE; KANTORSKI, LUCIANE PRADO. Avaliação qualitativa da relação de atores sociais com a loucura em um serviço substitutivo de saúde mental. **Rev. Bras. Enferm**; 65(3): 501-507, maio-jun. 2012. ilus.

BOSI, MLM; CARVALHO, L.B; XIMENES, V.M; MELO, A.K.. S; GODOY, M.G. C. Inovação em saúde mental sob a ótica de usuários de um movimento comunitário no nordeste do Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**;17(3): 643-651, mar. 2012. .

BARROS, S; SALES, M. Gestão da atenção à saúde mental no Sistema Único de Saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**;45(spe2): 1780-1785, dez. 2011. .

SILVA, PF; COSTA, N R. Saúde mental e os planos de saúde no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**;16(12): 4653-4664, dez. 2011. tab.

MORORÓ, M.E. M.L; COLVERO, L. A; MACHADO, A.L. Os desafios da integralidade em um Centro de Atenção Psicossocial e a produção de projetos terapêuticos. **Rev. Esc. Enferm. USP**;45(5): 1171-1176, out. 2011.

RAMOS, DKR; GUIMARÃES, J; ENDERS, BC. Análise contextual de reinternações frequentes de portador de transtorno mental. **Interface comun. saúde educ**;15(37): 519-527, abr.-jun. 2011. .

PANDE, M N R; AMARANTE, P D C. Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. **Ciênc. Saúde Coletiva**; 16(4): 2067-2076, abr. 2011. tab.

DIMENSTEIN, M; SALES, AL; GALVÃO, E; SEVERO, AK. Estratégia da Atenção Psicossocial e participação da família no cuidado em saúde mental. **Physis (Rio J)**; 20(4): 1209-1226, dez. 2010. .

FOUCAULT M. **História da Loucura**. São Paulo: Ed. Perspectiva, 1978.

ROTELLI F. **O inventário das subtrações**. In: Nicásio F. (org.). Desinstitucionalização. São Paulo: Ed. Hucitec; 1990, p. 61-64.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974.320 p.

\_\_\_\_\_. **Doença mental e psicologia**. Trad. Lilian Rose Shalders. Coleção Biblioteca Tempo Universitário. Vol. 11. 2.ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.

## CAPÍTULO 14

# “...O CAPS ENCAMINHA PRA CÁ, MAS NÓS NÃO SOMOS PSQUIATRAS...”: DESAFIOS DA PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA

Carliene Bezerra da Costa

Mariana Pompílio Gomes Cabral

Maria Salete Bessa Jorge

### CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O cuidado prestado aos portadores de transtornos mentais era baseado no modelo biomédico hospitalocêntrico, transformando a loucura em doença e distanciando as pessoas do convívio social. Durante a década de 1970, ocorreu o movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, formulando críticas ao tratamento recebido por estes usuários e trazendo consigo uma nova forma de abordagem, conferindo-lhes uma atenção mais humanizada e efetiva e uma alternativa de tratamento extra-hospitalar como tentativa de resgatar o convívio social destas pessoas.

Surgiram, portanto, tentativas de pensar o cuidado, fomentando novas práticas no campo da saúde mental, modificando o objeto de cuidado, ou seja, passou a envolver não somente a patologia, mas vários aspectos da integralidade do sujeito, do meio ambiente e de suas relações, lançando um olhar diferencia-

do sobre as reais necessidades de saúde do indivíduo (LACERDA; VALLA, 2006; SOUZA *et al.*, 2007).

Assim, a busca pela integralidade do cuidado passou a ser uma diretriz almejada desde a reforma sanitária e reforma psiquiátrica, que ao longo da história alcançam resultados positivos com o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Na saúde mental, o movimento foi mais lento, no entanto significativo, pois houve um processo de transformações nos serviços, como a diminuição progressiva dos hospitais psiquiátricos e substituição por serviços de atenção psicossocial e inserção na comunidade (TEIXEIRA; SOLLA, 2008).

Os centros de convivências, ambulatorios de saúde mental e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são iniciativas que procuram interagir com os demais dispositivos, como no nível de atenção primária, no acompanhamento e apoio matricial de casos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), fazendo atendimento especializado dos casos de transtornos mentais e ainda sendo responsáveis pelo acompanhamento dos usuários nas unidades de internação nos hospitais gerais, perpassando os diferentes níveis de complexidade da rede de saúde (ONOCKO-CAMPOS; DELGADO *et. al.*, 2007).

O apoio matricial é, portanto, um arranjo institucional que efetiva a articulação entre as redes de atenção básica e saúde mental. Sua implantação diferenciada mantém regularidade dos encontros, participação de toda a equipe, proposição de assistência conjunta entre profissionais dos CAPS e atenção básica, denotando produção ativa de corresponsabilização pelos casos. Eis o diálogo necessário entre as equipes dos CAPS com outros serviços tornado possível constitutivo de uma retaguarda assistencial especializada e adequada (ONOCKO-CAMPOS, 2012; JORGE *et al.*, 2011).

Entende-se, pois, que o modelo organizativo dos serviços de saúde em redes e com sua diversidade de programas, serviços e ações dinamizam e ampliam as possibilidades de acesso que culminam em maior capacidade resolutiva e assim promovem a integralidade do cuidado em saúde.

Nesse contexto, a rede de atenção à saúde integral requisita o fortalecimento de cada lócus de intervenção (primária, secundária e terciária). Torna-se relevante fortalecer as funções e perfis assistenciais de cada nível de atenção que compõem a rede. No entanto, sem dividir excessivamente as margens assistenciais que possam dar condições a uma articulação integrada. Na área da saúde mental, a fragmentação e parcialização do cuidado dificulta e estreita a possibilidade emancipatória e inclusiva dos sujeitos em seus projetos terapêuticos (KUSCHNIR; CHORNY; LIRA, 2010; MENDES, 2011).

Contudo, as dificuldades do tornar pleno o processo resolutivo da atenção em saúde mental ocorrem, principalmente, pela articulação ainda frágil dos serviços de saúde, redes sociais e intersectorialidade. O sofrimento ou transtorno psíquico é apenas um elemento nessa trajetória social que caracteriza-se por consequência e causa concomitantes. As condições sociais e a sobrevivência do usuário no mundo contemporâneo advêm da realidade comum a toda população (JORGE *et al.*, 2011; PINTO *et al.*, 2012).

Os desafios para a integração em rede convergem na superação de tais entraves: pequena diversidade dos pontos de atenção à saúde; precariedade resolutiva da Atenção Primária à Saúde (APS); carência de sistemas logísticos para intercomunicação dos pontos assistenciais; e a fragilidade dos mecanismos de governança de redes de atenção à saúde (MENDES, 2009; MENDES, 2011).

Nesse sentido, a integração de redes de serviços é um desafio complexo. Envolve desejos e intencionalidades coletivas, conhecimento integrado dos dispositivos terapêuticos e articulação da gestão, financiamento e avaliação. E, por conseguinte, apresenta-se o atual do dilema do SUS: integração dos serviços de saúde em rede de atenção, com vistas à universalidade e integralidade do cuidado.

Acredita-se que o conhecimento produzido a partir dessa pesquisa contribuirá para capacitação, atualização e processos de educação permanente em saúde sobre a integralidade do cuidado ao portador de transtornos mentais na atenção primária, bem como sobre as dificuldades e desafios a ser enfrentados para efetivar as redes de atenção primária e especializada.

Ademais das contribuições já referidas, ao permitir a análise e/ou compreensão do fenômeno discutido, este estudo poderá, ainda, contribuir para o desenvolvimento de novas pesquisas na área em discussão.

Dessa forma, objetiva-se compreender como se conforma a integralidade do cuidado em saúde mental na atenção primária e na atenção especializada, considerando os fluxos e os desafios da rede assistencial.

## **PERCURSO METODOLÓGICO**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com abordagem hermenêutica de análise, na busca por compreender as narrativas que configuram a produção do cuidado em saúde mental e suas interfaces com a rede assistencial de saúde mental, especificamente para apreender os modos de relações de cuidado que potencializam o caminhar do usuário em busca da atenção integral e resolutive.

Esse caminho metodológico possibilita, então, a compreensão da realidade empírica por meio da apreensão dos significados da experiência vivida, pois, em seu processo interpretativo, propõe-se um olhar ampliado para as entrelinhas das relações cotidianas.

A pesquisa teve como cenário o município de Fortaleza-CE, mais precisamente na Estratégia Saúde da Família (ESF) e Centro de Atenção Psicossocial, ambos pertencentes a Secretaria Executiva Regional IV (SER IV). Incluiu-se na pesquisa a Secretaria Executiva Regional IV por ser conveniada com a Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Os participantes da pesquisa foram os usuários da rede de saúde mental e a equipe de saúde do CAPS e da ESF. Esses sujeitos narraram suas experiências no cotidiano da vida e do cuidado, explanando suas percepções dentro da dimensão do vivido. Por isso foram escolhidos, pois se relacionam direta ou indiretamente com os determinantes que influenciam os modos de produção do cuidado em saúde mental.

Para operacionalização da análise, os sujeitos foram constituídos por três grupos de informantes: Grupo I - 2 usuários; Grupo II - 4 Profissionais que atuam no CAPS, sendo estes: 2 psicólogos, 1 terapeuta ocupacional e 1 assistente social; e Grupo III - Profissionais que atuam na ESF: 2 médicos e 2 enfermeiros.

Como critérios de inclusão estabeleceu-se que os participantes do estudo sejam definidos mediante a composição operacional das equipes de saúde nas redes assistenciais – de preferência, trabalhadores com no mínimo um ano de serviço, bem como os usuários serão os que são atendidos no CAPS e, também, na ESF.

Com relação aos critérios de exclusão dotados para os profissionais de saúde das equipes e coordenadores da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), optou-se por excluir aqueles que estiverem de férias ou de licença durante o período da coleta das informações desta pesquisa. No caso dos usuários, foram excluídos da amostra as pessoas que apresentaram disfonia, disartria ou desorientação espaço-temporal.

Para a coleta das descrições foram utilizadas as seguintes técnicas: Entrevista em profundidade, partindo de temas norteadores, e observação sistemática. Em um contexto geral, os temas norteadores das entrevistas tanto de usuários, como de profissionais, foram à busca de compreender a caminhada de cada ator - seja ele o usuário ou o profissional - na rede assistencial de saúde mental.

Para análise do material empírico aproximou-se da análise hermenêutica das narrativas escritas e anotações do diário de campo, buscando articular as diferentes experiências referentes à produção do cuidado na atenção básica de saúde e na atenção especializada de saúde mental.

Os aspectos éticos e legais relativos à pesquisa com seres humanos foram respeitados de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UECE. Os participantes da pesquisa foram informados sobre os objetivos e a justificativa do estudo, garantido o anonimato, o livre consentimento e a opção de participar ou não da pesquisa, podendo, inclusive, desistir em qualquer momento. Foram assegurados o sigilo das informações e a privacidade dos participantes, protegendo suas imagens e respeitando os valores sociais, culturais, religiosos e morais de cada sujeito.

## **A ESF E O CAPS: POSSIBILIDADES, DESAFIOS E ESTRATÉGIAS DO PROCESSO DE CUIDAR**

O CAPS, como aponta a legislação, é um dos principais pontos da produção do cuidado em saúde mental, sendo considerado o organizador da rede assistencial de saúde mental e, como tal, deve buscar tanto a resolutividade em atendimentos ambulatorial como o estreitamento de laços entre o campo da saúde mental, os serviços de saúde, em especial a Estratégia Saúde da Família, e a comunidade.

A assistência prestada ao usuário do CAPS deve incluir diversas atividades no sentido de promover a inclusão social do usuário, tais como o atendimento individual e em grupo (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras), o atendimento à família, as visitas domiciliares, as oficinas terapêuticas e atividades junto à comunidade (NASCIMENTO, 2007).

Na região pesquisada, percebe-se pelos discursos dos usuários a importância de cada atividade terapêutica em curso no seu processo saúde – doença, sinalizando a psicoterapia individual e em grupo, as duas principais formas de elaboração e organização de seus elementos subjetivos produzidos em seus dia a dia particular.

[...] Toda terça-feira tem tanto a terapia de grupo, como a terapia individual. Essas atividades são fixas e ajuda muito a gente. (Grupo I)

[...] No grupo eu vejo que não estou sozinha, eu sinto o problema dos outros na pele, né. Cada um conta seu problema e um tenta ajudar o outro, não é somente o profissional que fala. (Grupo I)

[...] No individual eu vejo o meu problema. No grupo eu vejo o meu e o das colegas. (Grupo I)

[...] Tem terça que eu choro tanto [...]. A gente faz mais é conversar mesmo. Mais é conversa, a conversa é o que melhora mais a gente. (Grupo I)

Observa-se a importância da psicoterapia como um campo de intervenção fundamental no atendimento dos diferentes transtornos, sendo reconhecida nos trabalhos e pesquisas acerca da eficácia das intervenções psicoterápicas na melhora do processo terapêutico (LEICHSENRING *et al.*, 2006).

Nas narrativas, sugerem que todas as atividades têm sua função específica no tratamento, onde cada uma facilita e potencializa processos diferentes, mas que se complementam. No que se refere à terapia individual, aponta-se para uma psicoterapêutica mais longa e gradual, que refere um sigilo e permite o usuário significar e ressignificar momentos de fragilidade que já tenham passado em sua vida.

Quanto à terapia de grupo, percebe-se o resgate da fala e da escuta mediante um processo de socialização entre todos do grupo, fazendo com que o partilhar e o compartilhar de situações cotidianas promovam melhorias para a qualidade de vida de cada um participante.

O grupo terapêutico potencializa as trocas dialógicas, o compartilhamento de experiências e a melhoria na adaptação ao modo de vida individual e coletivo. O grupo é entendido pelos usuários como um lugar onde ocorre o debate sobre a necessidade de ajuda de todos. No desenvolvimento das atividades, os participantes fazem questionamentos sobre alternativas de apoio e suporte emocional (BENEVIDES, 2010).

As atividades referentes ao serviço social são feitas de forma complementar, não sendo constante no cronograma de atividades, como vê-se no relato: [...] “Quando eu to com algum problema familiar ou com o INSS, eu sou encaminhada para o assistente social [...]” (Grupo I). Evidencia-se, então, no tocante a assistência social que estabelece-se enquanto apoio em necessidades que possam surgir eventualmente. Contudo, diante das observações em campo e do relato dos usuários, problematiza-se a importância de um estreitamento de laços entre o serviço de saúde mental e família, ao perceber que este encontra-se fragilizado.

No espaço destinado ao Serviço Social, sua atuação possui como objetivo mais importante propiciar a conquista de autonomia dos usuários, que visa ao incentivo à participação e à ocupação por parte dos usuários e familiares nos espaços que são oferecidos, bem como a conquista de novos espaços. O Serviço Social faz-se parte essencial neste processo, utilizando mecanismos que possam garantir a socialização da informação aos usuários (BREDOW; DRAVANZ, 2010).

No período da participação no CAPS, enquanto observador, pode-se constatar que naquele período havia um psiquiatra oferecendo apoio na assistência aos usuários, mas não estava com vínculo fixo com o serviço por indisponibilidade de tempo, com alta demanda a ser consultada, não foi possível a entrevista com o psiquiatra.

Em suma, no tocante à égide máxima da produção do cuidado, a pesquisa preocupou-se em problematizar como as atividades oferecidas pelo serviço de saúde mental, produzem ou não alcances existenciais, enquanto melhoria para o bem-estar e qualidade de vida dos usuários. Estes colocam evoluções no seu processo saúde-doença mental após ter iniciado tratamento no CAPS.

[...]. Se não fosse aqui, eu já tinha matado algum filho meu. Eu era muito agressiva. Eu quebrava muito as coisas dentro de casa. Hoje eu tô bem. Hoje eu tomo medicação, falo dos meus problemas, não fico explodindo em casa, brigando e batendo nos meus filhos e netos. (Grupo I)

[...]. A gente conta a vida da gente todinha, a semana todinha. O que aconteceu na semana. E aí a gente vai ficando menos angustiada, né. Tem problemas que não tem jeito, tem outros que a gente tenta resolver com os conselhos das doutoras. (Grupo I)

[...]. Com os conselhos que eu recebo aqui no CAPS, eu estou tentando me podar mais, deixar de olhar mais para a minha neta e olhar mais pra mim, pra visar mais a minha pessoa. Para cuidar mais de mim, pois eu estava me entregando ao sofrimento e aos maus tratos que a minha neta me fazia. Hoje eu sei que tenho que centrar em mim. (Grupo I)

Sendo assim, pode-se dizer que os usuários, mediante sua inserção e participação nas atividades propostas no CAPS, estão conseguindo organização e estabilidade, mesmo que lenta e gradual, no que se refere aos problemas e conflitos que estão inseridos em seu cotidiano existencial.

Todas essas atividades se somam em um conjunto de atos assistenciais pensados para resolver os problemas de saúde, constituindo, então o projeto terapêutico singular (PTS), ao qual Franco (2003) faz algumas considerações sobre seu conceito, descrevendo que o usuário quando entra no serviço em busca de uma resolução de um determinado problema de saúde, este é

inserido no atendimento, passa inicialmente por uma avaliação de risco e após essa definição os profissionais que o atenderam imaginam um conjunto de atos assistenciais que deverão ser encaminhados com o objetivo de resolver seu problema de saúde. Acerca da construção do projeto terapêutico dos usuários tem-se que:

[...]. Como eu tenho outros problemas de saúde, os próprios profissionais daqui me auxiliavam que eu tenho que me cuidar em tudo. Aí aqui me sugeriram que eu procurasse acompanhamento para esses problemas também, que eu cuidando disso minha ansiedade melhoraria. (Grupo I)

[...]. No início eu não me sentia a vontade em participar da terapia de grupo, então comecei com terapia individual, participando da terapia de grupo como ouvinte. Depois fui me acostumando com as pessoas do grupo e comecei a participar. (Grupo I)

[...]. Os profissionais sempre ficavam falando comigo, perguntando se eu estava gostando das atividades, se eu estava procurando tratamento da minha tireóide pelo plano. É cuidar de tudo, de tudo mesmo. (Grupo I)

De acordo com Pinto (2011), os projetos terapêuticos são elaborados com base nas necessidades de saúde de cada usuário, levando em consideração seu modo de compreender a vida, suas subjetividades e singularidades, configurando-se numa interação democrática e horizontal entre os atores envolvidos no processo de cuidar (trabalhadores/usuário/família), alicerçados pela utilização das tecnologias das relações que propõe novos fluxos e circuitos dentro do sistema, seguindo os movimentos dos usuários e a incorporação de novas tecnologias de trabalho e de gestão.

Além disso, o desdobrar das narrativas apontam para a importância da integralidade no processo de produção do cuidado, onde corpo e mente se integram de forma dinâmica, sendo assim, enfatizando no projeto terapêutico a busca de cuidados para todos os campos fragilizados da vida dos sujeitos, seja físico, psíquicos e/ou sociais.

É preconizado que o CAPS deve oferecer suporte em saúde mental à atenção básica, manter diálogo com a atenção secundária e terciária quando preciso e territorializar-se ao contexto comunitário do usuário, responsabilizando-se pela organização da demanda e da rede de cuidados (DELFINI *et al.*, 2009).

Neste sentido, a pesquisa preocupou-se em compreender as interfaces entre o projeto terapêutico singular do usuário e o diálogo com os outros serviços da rede de saúde, principalmente com a Unidade básica de Saúde, visto que CAPS e ESF compõem os principais dispositivos do cuidado mais próximos dos usuários. Os usuários divergem acerca de seus sentidos no tocante à comunicação entre essas duas esferas para a melhoria do seu processo de cuidado.

De um extremo, tem-se que a própria admissão no CAPS deu-se mediante o contato do Psiquiatra de tal serviço com a ESF. Evidencia-se, então, duas formas de diálogo, de forma viva em ato, mediante o encontro entre profissionais dos serviços e os usuários e, de forma mais ausente, mediada por encaminhamentos escritos. Contudo, constata-se que o encontro em ato obteve mais resolutividade no processo de cuidado.

[..] foi um médico daqui me conhecer no posto de saúde, aí foi lá, eu fui muito bem atendida por ele lá e me transferiu para cá. (Grupo I)

[...]. Me enviaram só por escrito o encaminhamento para o posto de saúde, lá fui super mal acolhida e não tomei conhecimento se houve comunicação entre lá e cá. (Grupo I)

Os profissionais convergem com a perspectiva de que, para a construção do projeto terapêutico singular e a possibilidade de um fluxo contínuo do usuário na rede, é de máxima importância a interconectividade entre as redes de serviços pela via informal, onde os profissionais possam se encontrar e dialogar para acharem melhores soluções para os problemas de saúde dos usuários, tanto no interior do próprio CAPS, como entre os outros serviços da rede.

[...]. A gente não faz isso por escrito por que não funciona, mas a gente faz assim “Fulano, dá uma olhadinha nele, eu acho que ele tá precisando de uma coisa assim”. (Grupo II)

[...]. Aqui no CAPS, a gente conversa sem dificuldade nenhuma, em todos os campos, no campo do médico, a gente chega, a gente tem facilidade de chegar e dizer assim “Dr., dá uma olhadinha nisso, nessa medicação, ele tá reclamando disso, reclamando daquilo.” Em todas as instâncias a gente tem abertura. (Grupo II)

[...]. Inclusive a gente tem aquelas fichas de fluxo e contra-fluxo, mas a gente tem encontrado essa facilidade de fazer um encaminhamento para um posto, para um hospital, pra uma atenção mais especializada. Às vezes, é um problema de menopausa, o Hospital da Mulher, e a gente tem encontrado essa abertura entre profissionais e as instâncias. (Grupo II)

Os profissionais dimensionam a importância dessa intervenção mais elaborada, junto à rede, pois sabe-se que é difícil, ainda, a aceitação de pessoas com transtornos mentais em outros espaços para além do CAPS.

Cardoso e Galera (2011), ressaltam a notória complexidade do cuidado em saúde mental. Para os autores, a demanda de cuidados não se restringe ao controle dos sintomas ou diminuição dos riscos de internação. Envolvem também aspectos de acesso aos serviços, escassez de recursos, inadequação de assistência profissional, estigmatização, etc. Para tanto, o cuidado tem sido almejado, por meio da capacitação de todos os sujeitos envolvidos nesse processo (usuários, familiares, profissionais e sociedade), qualificação da assistência à saúde mental, restaurando de acordo com os recursos disponíveis o potencial destes para vida autônoma em sociedade.

No entanto, o grande desafio enfatizado tanto por profissionais como pelos usuários, para a construção do projeto terapêutico singular é a participação da família e a dificuldade do serviço territorializar-se à comunidade.

No que concerne à percepção do usuário sobre a intervenção do CAPS junto à família e a participação desta em seu projeto terapêutico tem-se que há uma resistência do próprio usuário em querer essa aproximação.

[...]. “Não adianta o CAPS falar com minha família. Por que eu conheço e sei como é. Lá é cada um com seus problemas. (Grupo I)

[..]. “O CAPS já chamou minha filha aqui, já falou com minha neta e pediu pra tentar tirar a minha neta de mim, mas a minha filha não aceita, por que ela odeia a minha neta. Então continua tudo do mesmo jeito [...] (Grupo I).

Sobre a dimensão familiar, segunda dimensão da gestão do cuidado em saúde mental, referenciado por Cecílio (2011), trata-se de uma dimensão da gestão do cuidado localizada no meio social dos usuários, com seus atores privilegiados, tais como: família, amigos, vizinhos, comunitário. São as pessoas mais próximas do território do usuário que forma sua rede social de apoio.

Neste sentido, Cecílio (2009) salienta que não é fácil estudá-los e analisá-los, pois é um campo marcado por disputas, acordos e contradições, afetos, vínculos e sentimentos. O relato dos profissionais retrata isso no campo das práticas quando dizem que:

[...]. A gente ver realmente, como é diferente, quando a família abandona, e quando a família ajuda, a gente ver como o progresso do tratamento pode ocorrer mais fácil quando tem um suporte familiar. (Grupo I)

[...] eu posso dar esse suporte a família também, porque não é fácil, quando a família diz: “eu não aguento mais, pega aí interna, deixa pelo menos seis meses,” é porque, realmente, ela está esgotada. (Grupo I)

É por isso que tem grupos familiares aqui, mesmo que não seja toda semana, eu faço atendimento familiar, às vezes eu atendo os dois, o paciente junto com a família do lado pra gente conversar um pouco do que tá acontecendo, porque é o vínculo, é o canto que esse sujeito vai ter de e contato coma realidade com mundo. (Grupo I)

No contexto da atenção psicossocial, observa-se a importância da participação ativa da família no cuidado ao usuário. Fato este, que traz novas exigências a organização familiar, seja na

aquisição de habilidades, no manejo das crises, relacionamentos com os serviços e profissionais, situações que num primeiro momento, podem levar à desestruturação da família. Nessa etapa é importante que os serviços substitutivos tenham disposição para acolher e ouvir as necessidades da família, fornecendo o suporte necessário para que ela consiga alcançar a reestruturação (MIELKE *et al.*, 2010).

Diante das articulações entre as narrativas e as perspectivas teóricas, percebe-se que a dinâmica familiar em saúde mental é um campo que pode ser atravessado e constituído tanto por relações de conflito, podendo ser vínculos produtores de adoecimentos, assim como também pode ser relações de diálogo, promotores de saúde, e ambas as formas interferem no processo de produção do cuidado. Essa dimensão foi evidenciada como a mais delicada para intervenção em saúde mental.

Percebe-se ainda, no discurso dos usuários, uma rede social de apoio com vínculos fragilizados não apenas na família, mas também com amigos e vizinhos, corroborando em uma existência isolada socialmente.

Eu não tenho com quem conversar sobre meus problemas. Uma vez comentei com uma ex-colega de trabalho que estava fazendo tratamento no CAPS e ela me discriminou. Disse: Valha, tu tá ficando doida, mulher? CAPS é lugar de doido. Aí depois desse dia eu decidi não falar mais com ninguém sobre meu tratamento, sobre minha vida. Ninguém entende. (Grupo I)

Eu não tenho amigos, eu não tenho amizade com ninguém, a minha amizade é só comigo mesmo e Deus. Nem com meu marido eu

converso. Só comigo mesmo. Quando eu tenho que conversar é aqui com minhas colegas que eu conheci no grupo e com minha psicóloga. (Grupo I)

Ressalta-se a dificuldade de aproximação do usuário ao seu meio social, estabelecendo-se em vínculos conflituosos, que demarcam histórias de sofrimento na vida dos usuários. Além de terem dificuldades em construir e encontrar espaços de diálogos que potencialize vida, com forte discriminação de seus familiares e amigos, pelo fato de frequentarem serviços de saúde mental.

Em complemento a essa questão, tem-se ainda a frágil vinculação entre o CAPS e o Território - distanciando ainda mais os vínculos sociais e produção do cuidado, onde os profissionais se sentem super lotados com atendimentos ambulatoriais, encontrando dificuldades para se inserir no território e a não utilização dos recursos do próprio território enquanto instrumento terapêutico.

[...] infelizmente a gente tá pecando nisso aqui nesse CAPS, a gente estava conversando exatamente sobre isso “Quando é que vai pro território de novo?” “Abrir esse espaço?”, mas hoje a gente está tentando, pelo menos manter os pacientes mais organizados pra eles terem condições de buscarem outras coisas fora desse ambiente aqui. Nós estamos com alta demanda, pouco tempo e poucos profissionais, com mínimas de condições de ir ao território. (Grupo II)

Falar de território, não é apenas falar de seus limites geográficos, assim como afirma os estudos de Lima e Yasui (2013), é falar de um contexto onde desdobram múltiplas possibilidades de vida, mediadas pelo que há de mais próximo dos usuários, trabalho, escola, grupos comunitários, que são multidetermina-

dos pela cultura e pelos aspectos sócio-político-econômico que o demarca, em seu tempo e em seu espaço. Dessa forma, inter-cruzar as categorias território e saúde, é entender os processos saúde-doença que são irredutivelmente singulares a cada espaço, a cada tempo e a cada lugar que se processa, em cada contexto social específico.

E é no território que há as relações mais próximas do usuário a envolver movimentos, diálogos e conflitos, como consequência da complexidade dos laços sociais e da difícil relação ainda em construção entre sociedade e saúde mental.

Em saúde, se estabelece que cada equipe de saúde mental e equipe de saúde da família se torne responsável por uma área adscrita. Isso facilita a construção, ao longo do tempo, de vínculos terapêuticos e de apropriação do território por parte das equipes de saúde. É conhecendo o usuário em sua totalidade, seu contexto biopsicossocial, que é possível fazer intervenções mais resolutivas.

O CAPS, mesmo com algumas fragilidades para operacionalizar suas práticas, foi apontado pelos usuários como um serviço resolutivo aos seus problemas de saúde. Em contrapartida, na perspectiva dos usuários, o Centro de Saúde da Família (CSF), foi considerada como incipiente para a resolubilidade da atenção, no tocante a sua produção de cuidado em saúde mental.

[...] em relação a saúde mental não, assim, não tem mais a aquele acompanhamento que tinha antigamente, pq nós tínhamos a psiquiatra, por que desestruturou, como é que vc não é psiquiatra e vai fazer um acompanhamento de SM? ...[...] Na minha opinião não tem condição e só esse negócio de remédio, remédio, remédio não cura, né? (Grupo III)

O contexto de ações em saúde mental da UBS, que fez parte da pesquisa, acontecem todas as terças-feiras, grupos e consultas realizados por uma médica pediatra com especialização em psiquiatria. O que mais chama atenção tanto em observações de campo, como nos relatos dos profissionais, é a perspectiva que se tem de que a única profissional responsável pela saúde mental, por acolher, oferecer atendimento e cuidado é essa médica, devido ao fato de esta facilitar tal e grupo e ter formação em saúde mental.

Essa linha de pensamento corrobora com a Ideia dos profissionais de saúde da UBS de que “saúde mental deveria ser tratada no CAPS e no hospital mental, pois aqui não existem especialistas para isso”. Contudo, à perspectiva da ESF é de operacionalizar práticas mediante profissionais generalistas e não especialistas, para que possam ter um olhar integral do cidadão enquanto ser biopsicossocial.

Pode-se supor que um dos principais limitantes das ações de cuidado em saúde mental na ESF, além da insipiência das suas ações na área de saúde mental, aquelas existentes têm requerido uma sensibilização específica de seus profissionais, que não estão familiarizados com o universo da saúde mental, sua lógica linguagem, o que não lhes permite levar em conta a idiossincrasia dos problemas historicamente vividos pelos portadores de transtornos mentais (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007).

Apreende-se das narrativas que o principal motivo do encaminhamento dos usuários da rede de saúde mental à Unidade Básica de Saúde é demarcada pela falta de articulação, médico e medicação no CAPS. Isso fragiliza a interface entre centro de atenção psicossocial e estratégia saúde da família, à medida que não se tem estabelecido ao certo quais ações em saúde mental deve ser realizadas pela ESF, visto que a ida tanto de profissionais

do CAPS, quanto de usuários são diretamente relacionados falta de profissionais e de medicação no serviço de saúde mental.

Acho que não tem articulação nenhuma, não acontece. O que dificulta muito é a falta de psiquiatra, os profissionais do CAPS encaminham os pacientes prá cá sendo que nós não somos psiquiatras, não temos nenhuma condição de começar um tratamento, terminar um tratamento, então assim, falta o profissional, acho que está faltando em quase todos os CAPS e assim, é um problema seríssimo. (Grupo III)

[...] veio um pra mim com um encaminhamento de um auxiliar de enfermagem!!! Veja bem, um auxiliar de enfermagem. O matriciamento não tem acontecido, e assim, eu trabalho na ESF há 8 anos, mas aqui há poucos meses, mas não há AM e eu não sei o porquê. (Grupo III)

Profissional do CAPS relata tentativas de dialogar com a ESF porém a articulação apresenta-se, ainda, muito frágil, as barreiras se intensificam ainda mais à medida que “alguns profissionais da Atenção Básica insistem na opinião de que a saúde mental deve ser percebida apenas no CAPS e no hospital mental”. (Grupo II).

Os usuários confirmam a prática de ida à unidade básica de saúde em busca de medicação, mas relatam não serem acolhidos e respeitados enquanto cidadãos comuns que necessitam de assistência à saúde, como segue:

De três em três meses to la só pra pegar receitas. Se não fosse pra pegar medicamento eu nem ia lá. Eu não gosto de lá. Mas aí tenho que ir para passar no médico, aí o médico passa outra receita. Todos, né, o remédio da pressão, das doidices [...]. (Grupo I)

Lá é diferente de cá. Por que lá eu não sei se é por que o pessoal lá não tá há muito tempo. Se lá o povo não entende o que é saúde mental. Lá você não recebe atenção. (Grupo I)

Tem profissional que passa por a gente como se fosse um animal, mas nem animal pode ser tratada assim, também tem que ser tratado bem. Aqui no CAPS não, aqui eu me sinto bem. Todo mundo me trata bem. Hoje eu to bem aqui, to bem de saúde. (Grupo I)

Na visão dos profissionais da ESF, a produção do cuidado nesse âmbito é difícil por não serem capacitados para atenderem pacientes com transtornos mentais, onde a única responsável em atender tais pacientes é uma profissional com especialização em psiquiatria. “Ela é médica pediatra e fez uma... residência em psiquiatria. Então assim, ela tem muito tato... com esse pessoal, com esse público” (Grupo III). Diante desses relatos, questiona-se não somente a capacidade científica/teórica para lidar com a saúde também, mas também e, principalmente, sua capacidade relacional de acolher, vincular e corresponsabilizar-se com os usuários em suas necessidades – pois é visto nos relatos dos usuários a falta de “tato” dos profissionais em atenderem bem. Esta situação sugere que o problema não necessariamente seja a falta de conhecimento científica acerca da saúde mental, e sim, a falta de disponibilidade pessoal de vincular e tratar bem tais usuários.

A pesquisa aponta como égide máxima, a relação fragilizada e conflituosa entre saúde mental e estratégia saúde da família, enfatizando alguns pontos específicos que dificultam o processo de produção do cuidado ser resolutivo nessa será: a formação profissional que não leva em conta o uso de tecnologias leve-relacionais; falta de capacitação sobre saúde mental e integralidade do cuidado na atenção primária; a não priorização de ações e a não responsabilização em saúde mental por profissionais de saúde que não seja a médica com especialização; a dicotomia presente entre corpo-mente. Acredita-se que devem ser levadas em pauta de discussão para políticas públicas de saúde, para que a atenção psicossocial não seja fragmentada, centralizada em poucos profissionais especialistas e restritos aos serviços de saúde mental especializados.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Foi perceptível o lugar central que o CAPS ocupa na vida desses entrevistados. No discurso, esse espaço aparece como um cuidado diferenciado, atravessado por vínculos de afeto e responsabilização no processo saúde-doença, mas com dificuldade de tornar-se um lugar que não só atenda bem as pessoas, mas que promova uma articulação social e intersetorial, principalmente com a Unidade Básica de Saúde e o território comunitário do usuário.

No entanto, ainda é um grande desafio um fluxo contínuo e integral do usuário na rede. As equipes de atenção básica se sentem desprotegidas, sem saber como lidar com as demandas em saúde mental que chegam cotidianamente ao serviço e o apoio matricial ainda apresenta inúmeros obstáculos que impedem o suporte adequado a essas equipes.

A pesquisa revela alguns pontos específicos que dificultam o processo de produção do cuidado nos diferentes níveis de assistência, tais como: a formação profissional que não leva em conta o uso de tecnologias leve-relacionais; falta de capacitação sobre saúde mental e integralidade do cuidado na atenção primária; a não priorização de ações em saúde mental e a não responsabilização por profissionais de saúde que não seja especialistas; a dicotomia presente entre corpo–mente.

Nesse sentido, a integração de redes de serviços é um desafio complexo. Envolve desejos e intencionalidades coletivas, conhecimento integrado dos dispositivos terapêuticos e articulação da gestão, financiamento e avaliação. E, por conseguinte, apresenta-se o atual do dilema do SUS: integração dos serviços de saúde em rede de atenção, com vistas à universalidade e integralidade do cuidado.

Além disso, os usuários trazem nas narrativas que, em suas trajetórias de vida, são afetados pelas dificuldades que enfrentam em aproximar-se da sociedade, enquanto cidadãos, onde sofrem discriminações por serem usuários da rede de saúde mental e não conseguem se estabelecer em vínculos sociais, empregatícios e de direitos à aposentadoria.

Acredita-se que devem ser levadas em pauta de discussão para políticas públicas de saúde, para que a atenção psicossocial não seja fragmentada, centralizada em poucos profissionais especialistas e restritos aos serviços de saúde mental especializados.

## REFERÊNCIAS

BENEVIDES, D.S.; PINTO, A.G.A.; CAVALCANTE, C.M.; JORGE, M.S.B. Cuidado em saúde mental por meio de grupos terapêuticos de um hospital-dia: perspectivas dos trabalhadores de saúde. **Interface - Comunic. Saude. Educ.**, v. 14, n. 32, p. 127- 38, jan./mar. 2010.

BREDOW, S.G.; DRAVANZ, G.M. Atuação do Serviço Social na Saúde Mental: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersetorial, integral e resolutiva. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 9, n. 2, p. 229 - 243, ago./dez. 2010.

CARDOSO, L.; GALERA, S.A.F. O cuidado em saúde mental na atualidade. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 45, n. 3, p.: 687-91, 2011.

CECÍLIO, L.C.O. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. **Interface – Comunic., Saúde Educ.**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 545-555, 2009.

CECÍLIO, L.C.O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. Espaço Aberto. **Interface – Comunic. Saude, Educ.**, Botucatu. v. 15, n. 37, p. 589-99, abr./jun. 2011.

DELGADO, P. G. G. et al., Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: MELLO, M. F., MELLO, A. A. F. & KOHN R. (Org). **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Artmed, Porto Alegre, 2007.

JORGE, M.S.B.; PINTO, D.M.; QUINDERÉ, P.H.D.; PINTO, A.G.A.; SOUSA, F.S.P.; CAVALCANTE, C.M. Promoção da Saúde Mental e Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, corresponsabilização e autonomia. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3051-60,2011.

KUSCHNIR, R. C.; CHORNY, A. H.; LIRA, A. M. L. **Gestão dos sistemas e serviços de saúde**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2010.

LACERDA, A.; VALLA, V.V. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A.(Org.) **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro (RJ):CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2006.p.91-102.

LEICHSENDRING, E.; HILLER, W.; WEISSBERG, M.; LEIBIN, E. Cognitive-behavioral therapy and psychodynamic psychotherapy: techniques, efficacy, and indications. **American Journal of Psychotherapy**, v. 60, n. 3, p. 233-259, 2006.

LIMA, E.M.F.A.; YASUI, S. Territórios e sentidos: espaço, cultura e cuidado na atenção em saúde mental. **Linha mestra**, n. 23, ago.dez.2013.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009.

\_\_\_\_\_. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan- Americana da Saúde, 2011.549p.

MIELKE FB, *et al.*, A inclusão da família na atenção psicossocial: uma reflexão. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. v. 12, n. 4, p.: 761-5, 2010.

NASCIMENTO, C.C. **Apoio matricial em saúde mental: possibilidades e limites no contexto da reforma psiquiátrica**. [Dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2007.

ONOCKOCAMPOS, R.T.*et al.* Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. **Revista de Saúde Pública**. v. 46, n. 1, 2012. p. 43-50.

PINTO DM, JORGE MSB, PINTO AGA, VASCONCELOS MGF, CAVALCANTE CM, FLORES AZT, ET AL., Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 20, n. 3, p.: 493-302, 2011.

PINTO, A.G.A.; JORGE, M.S.B.; VASCONCELOS, M.G.F.; SAMPAIO, J.J.C.; LIMA, G.P.; BASTOS, V.C.; SAMPAIO, H.A.C. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. **Ciênc. Saúde Coletiva**. v. 17, n. 3, 2012. p. 653-660.

SOUZA, A. J. F.; MATIAS, G. N.; GOMES, K. F. A.; PARENTE, A. C. M. A saúde mental no Programa de Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.** V. 60, n. 4, 2007, p. 391-5.

## CAPÍTULO 15

# DIREITOS DOS USUÁRIOS EM ADOECIMENTO MENTAL COMO FERRAMENTA DE CUIDADO COM FOCO NA INTEGRALIDADE.

Karine Correia Coelho Schuster  
Maria Salete Bessa Jorge

### INTRODUÇÃO

As pessoas em adoecimento mental foram marcadas ao longo de todo período histórico pela exclusão social e pelos desrespeitos aos seus direitos. Muitos dos quais são básicos para uma existência em condições dignas. Os usuários em adoecimento mental devem ter seus direitos assegurados constitucionalmente garantidos pelo Estado como forma de realização efetiva do processo de cuidado, tendo em vista alcançar a integralidade da assistência à saúde.

Os usuários são todos aqueles que precisam e buscam atendimento na rede assistencial de saúde. Por adoecimento mental entende-se um estado de saúde que envolve um estado de prejuízo à saúde mental, ainda que provisório. Para Mendonça e Rodrigues, 2012, “O adoecimento mental seja ele chamado de loucura, alienação, etc., é algo que acompanha o ser humano em sua evolução [...]”.

O adoecimento psíquico é apenas uma singularidade do sujeito em exclusão social. Em alguns momentos, sendo a causa e interpondo a condição deficiente e diferente do agravo mental, mas também sendo consequência de uma lógica de produção capitalista em que o acúmulo de dividendos por parte de uma minoria social e obstrui o desenvolvimento saudável de pessoas de base social. (PINTO, PINTO, JORGE, 2011, p. 88).

Direitos básicos tais como a e assistência, reabilitação, ações e serviços de saúde, alimentação, trabalho, lazer, moradia e assistência social aos que estiverem desamparados são essenciais para que estas pessoas consigam ter reestabelecida o seu estado de saúde física e mental. Estão constitucionalmente assegurados, conforme dita o artigo sexto da Constituição Federal de 1988 (BRASL,1988).

A Constituição de 88, que se tornou conhecida como a Constituição Cidadã, tem como uma de suas marcas o reconhecimento de muitos direitos de cidadania. A saúde, por exemplo, é reconhecida como direito de todos, e como um dever do Estado. De acordo com o texto constitucional, deveria caber ao Estado a tarefa de garantir a saúde para todos, através de políticas sociais e econômicas voltadas tanto para a ‘redução do risco de doença e de outros agravos’, quanto ‘ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação’. É nessa segunda perspectiva que a constituição reconhece a relevância pública das ações e serviços de saúde, e delineia um sistema único (o Sistema Único de Saúde), integrado pelas ações e serviços públicos de saúde, mas do qual também podem participar, em caráter complementar, instituições privadas. O que caracteriza esse Sistema Único de Saúde (que de modo algum é o único sistema de saúde no Brasil) é seu financiamento público. Este sistema único de saúde estaria organizado em torno de três

diretrizes: a descentralização, com direção única em cada esfera de governo; o atendimento integral; e a participação da comunidade. (MATTOS, 2001, p. 39).

O direito à saúde passa a ser assegurado constitucionalmente no Brasil em 1988, contemplando, além da universalidade do acesso, a equidade e a integralidade. Apesar de declarada como um direito constitucional, a população brasileira enfrenta desafios diversos para ter a saúde assegurada pelo Estado na amplitude do seu conteúdo. (BRITO-SILVA; BEZERRA; TANAKA, 2012).

A saúde é um direito social que deve ser garantido principalmente para aqueles que se encontram socialmente mais fragilizados. Mas, não basta apenas dizer direitos, mais importante é incorporá-los o cotidiano, no sentido de torná-los realmente efetivos.

A Lei 8080/1990 no segundo artigo conceitua saúde como direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício e vai além, afirmando, no artigo seguinte, que a saúde tem como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

A saúde compreende o bem estar físico, mental e social. Compreende assim, que vários fatores atuam para que haja o estado de saúde de uma pessoa. É importante que as pessoas tenham acesso a estes recursos para que possam sentir-se saudáveis. Garantir esses direitos é essencial para que possam existir em condições dignas. Neste texto legal, a integralidade da assistência é entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.

O conhecimento de experiências exitosas no campo da integralidade possibilita um novo despertar na crença de mudanças possíveis em direção ao avanço na conquista do direito à saúde plena e não mais compartimentado. Tal despertar pode contribuir, inclusive, para impulsionar o exercício da cidadania com pressão e mobilização política na luta pelo direito à saúde integral. (BRITO-SILVA; BEZERRA; TANAKA, 2012).

No sentido de operacionalizar a proteção e os direitos das pessoas em adoecimento mental (o texto legal refere-se a estas pessoas como portadoras de transtornos mentais), a Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, inserida no contexto da Reforma Psiquiátrica, dispõe um rol de direitos destas pessoas.

Esta Lei busca redirecionar o modelo assistencial em saúde mental, que anteriormente voltava-se para internação hospitalar, para incluir serviços comunitários de saúde mental e tratamentos em ambientes terapêuticos menos invasivos. Garantir a integralidade da assistência é um dos objetivos primordiais, possibilitando o processo de cuidado integral.

O processo de cuidado engloba a integralidade da assistência àqueles que estão precisando dessa atenção especial e encontram-se fragilizados, necessitam que seus direitos estejam assegurados e possam ter condições dignas para o restabelecimento da sua condição saudável.

A garantia dos direitos das pessoas em adoecimento mental faz parte da integralidade. A integralidade da assistência é essencial para a reabilitação. A possibilidade de uma integralidade em saúde está cerceada não tão somente por um conjunto de mudanças de práticas ou saberes, mas por uma mudança de posições ou de focos ou de ver-sentir o outro. Este outro deve ser entendido como aquele que precisa ser acolhido, e não apenas como

quem comparece ao serviço na face da demanda; um outro como uma história de vida, como um espaço de interlocução, como um indivíduo autônomo e não somente uma pessoa, na instância jurídica, definida como o exercício de direitos e cumprimento de deveres. (PINTO, PINTO, JORGE, 2011, p. 61).

A integralidade é abrangente, engloba um conjunto de condições que são necessárias para o sucesso das ações e serviços de saúde, dentre elas, a garantia e respeito aos direitos dos usuários em adoecimento mental, que vão desde o acesso à consulta médica, medicação necessária, reabilitação e reintegração social.

O sentido terapêutico da cada abordagem adotada e exercida pelos trabalhadores da saúde na relação com o usuário, efetiva-se na manutenção do estado de equilíbrio da condição de saúde e na adaptação subjetiva às formas de conviver com o adoecer psíquico. (PINTO, PINTO, JORGE, 2011, p. 64).

O desenvolvimento do trabalho em equipe é importante para garantia da integralidade e satisfação dos usuários, além de constituir um direito no sentido de tornar efetiva a prestação de assistência a saúde.

O trabalho em equipe, norteador pela contribuição da especificidade profissional de seus membros e a articulação de diferentes saberes na construção de relações transversais de complementariedade, visa a assistência de qualidade, numa perspectiva que extrapola a noção de cuidado, e busca a ampliação sociocultural dos usuários [...] (SOARES, 2013).

No sentido de garantir os direitos e a integralidade ao usuário em adoecimento mental é necessário que haja políticas públicas efetivas, capazes de promover o resgate da cidadania e participação social destas pessoas, a fim de que realmente possam sair deste estado de adoecimento e conseguir uma efetiva reabilitação psicossocial.

Sabe-se que os determinantes sociais exercem influência sobre o estado de saúde. O meio em que a pessoa vive exerce influência sobre as condições de saúde. Então, torna-se importante que as políticas públicas atuem no sentido de promover melhores condições de vida para estas pessoas, principalmente para as que se encontrem em situação de maior vulnerabilidade social.

Políticas de saúde pública efetivas constituem o único meio de assegurar à população o acesso à saúde e, por conseguinte, minimizar as iniquidades sociais em saúde. No entanto, somente tomando-se a saúde como um direito de todos, situada dentro de um contexto amplo, influenciada por inúmeros determinantes sociais, será possível elaborar e executar tais políticas. (BADZIAKI; MOURA, 2010).

Ao poder público cabe o desenvolvimento de políticas públicas efetivas capazes de serem implementadas e executadas no sentido de diminuir as desigualdades sociais, as quais atuam como fatores determinantes das condições de saúde das pessoas. É essencial que essas políticas trabalhem a promoção da qualidade, contribuindo para diminuir desigualdades sociais, de modo a possibilitar melhores condições de vida para as pessoas.

## **METODOLOGIA**

Neste trabalho realiza-se uma pesquisa qualitativa integrativa, teórica e reflexiva, partindo-se de um recorte de dissertação, de modo a integrar conhecimentos entre Direito e Saúde, a fim de unir saberes para compreender as necessidades das pessoas em adoecimento mental que precisam de cuidado na rede assistencial de saúde e devem ter seus direitos básicos assegurados, para garantia existencial em condições dignas, capaz de possibilitar o processo de reintegração social. Revisão e análise de trabalhos que abordem sobre os temas.

## INTEGRALIDADE NA REDE DE SAÚDE MENTAL

Estar com saúde implica em estar em equilíbrio. O desequilíbrio ocasiona a doença. Para garantia do equilíbrio é necessário que seja oferecida a integralidade da atenção. Esta engloba o respeito aos direitos de quem precisa das ações e serviços de saúde, em especial, os usuários em adoecimento mental, os quais se encontram mais fragilizados, precisando de atenção e amparo. Para isso é importante que haja uma rede assistencial capaz de atender estas pessoas em condições dignas e lhes proporcionar todo o suporte necessário, no sentido de garantir a integralidade da atenção.

Dentro da rede de assistência em Saúde Mental estão inseridos os Centros de Assistência Psicossocial, CAPS, os quais são responsáveis pelo atendimento das pessoas com transtornos mentais e pessoas que consomem drogas. Além de tratamento, precisam do resgate da sua cidadania e inclusão social, precisam do apoio da família e da sociedade para que possam ser reintegrados à vida em sociedade. São pessoas que precisam ter seus direitos constitucionais efetivamente garantidos, a fim de que consigam uma reabilitação psicossocial.

A prática da clínica em saúde mental no CAPS demonstra a integralidade da atenção, por estabelecer, no território e junto aos usuários, a execução de seus componentes – acolhimento, vínculo, responsabilização e autonomia, no entanto, a resolubilidade é relativizada pelo modo de entender a vida por parte da população. (PINTO, PINTO, JORGE, 2011, p. 89).

O processo de cuidado das pessoas em adoecimento mental inicia-se com o acolhimento. O ato de acolher estas pessoas é passo inicial para que elas possam ter os seus direitos assegurados, assim como um atendimento humanizado e digno, faz, portanto,

parte do cuidado. Deve buscar uma aproximação com a comunidade, de maneira a tornar todo o processo mais próximo e acessível ao usuário. Os CAPS são importantes espaços sociais para a realização de uma aproximação com a comunidade e garantia do processo de cuidado, de modo a garantir a integralidade da atenção.

A produção do cuidado com eixo na integralidade demanda atitudes e participação de todos os sujeitos envolvidos no processo. O CAPS é o espaço para que esta produção seja conformada e construída após encontros, acessos, intervenções e ações realizadas. (PINTO; PINTO; JORGE, 2011, p. 93).

Os CAPS fazem parte de uma rede integrada de atenção à saúde mental. É importante que esta rede esteja integrada, organizada, bem estruturada para proporcionar o atendimento adequado a cada usuário, proporcionando a integralidade da atenção.

A organização da rede de atenção pode ser capaz de unir o processo de cuidado dos usuários. Neste sentido, abordam Fialho e Jorge, 2011, que “A necessidade de organizar os sistemas de saúde com vistas a superar a fragmentação do cuidado passa, entre outros pontos, pela estruturação de uma rede integrada de serviços e cuidados, articulados entre si”.

Isso ainda é um desafio e sobre os CAPS afirmam Oliveira, Andrade e Goya: [...] os CAPS são vistos como espaço de convivência capaz de estabelecer redes afetivas e sociais; estigmas, preconceitos e tutela estão presentes nos serviços, nas famílias e na comunidade; as práticas manicomialistas persistem nos serviços substitutivos; a humanização do cuidado amplia o acesso e o vínculo com os serviços; a trajetória dos usuários no SUS ocorre devido às suas necessidades sociais e de saúde”.

A integralidade no âmbito das práticas desenvolvidas no serviço de saúde incorpora esta forma de proceder perante as necessidades e demandas da população. O sujeito expande-se no diálogo clínico. O terapeuta assume o contexto subjetivo como parte integrante da assistência em saúde e assim favorecer a parcialização terapêutica e a adequabilidade do plano ao modo de vida de cada usuário. (PINTO, PINTO, JORGE, 2011).

O cuidado em saúde mental foi, durante muito tempo, campo de exclusão e cerceamento de direitos. As discussões despertadas o âmbito dos movimentos das reformas sanitárias e psiquiátricas estimularam o surgimento de iniciativas políticas, científicas, sociais, administrativas e jurídicas que trouxeram à tona novas estratégias de cuidado, as quais visam a incorporar ao trabalho em saúde referenciais mais comprometidos com o questionamento da compreensão sobre o processo saúde-doença, o modelo biomédico, as estruturas asilares e a violação dos direitos humanos cidadania, ampliando grandemente o escopo do que se caracteriza com cuidado. (FIALHO; JORGE, 2011).

A fragmentação da atenção em saúde é incapaz de promover o cuidado em saúde mental. O ser humano precisa ser compreendido por inteiro em suas necessidades e ter respeitado seus direitos. Torna-se necessária a junção de saberes e práticas profissionais, a fim de que se possa promover a integralidade em saúde.

É importante que haja uma oferta adequada de serviços, capaz de atender a crescente demanda em saúde mental, que os profissionais estejam preparados, capacitados e interajam de modo a dinamizar o atendimento, haja a interdisciplinaridade, resolubilidade e satisfação das pessoas em adoecimento mental, mas também é imprescindível dar liberdade para essas pessoas fazerem escolhas, a fim de promover a integralidade e um maior

cuidado. Neste sentido, é fundamental proporcionar o direito de liberdade e escolha.

[...] a ampliação do acesso aos serviços substitutivos em saúde mental, mesmo com as dificuldades estruturais, é importante, mas não determinante na avaliação dos serviços. Para os usuários, a liberdade, as possibilidades de fazer escolhas, o cuidado humanizado, a aceitação e as práticas não manicomial, são os aspectos mais significativos na análise da atenção em saúde mental. (OLIVEIRA; ANDRADE; GOYA, 2012).

A busca do fortalecimento do cuidado em saúde mental passa pela implantação de serviços que tenham como foco a substituição da centralidade do hospital psiquiátrico por uma rede de serviços substitutivos, articulada entre si (CAPS geral, AD infantil, residências terapêuticas, casas de passagem, leitos e unidade psiquiátricas em hospitais gerais) como forma de oferta diferentes necessidades das pessoas que deles necessitem. [...]. (FIALHO; JORGE, 2011).

O atendimento em saúde para atender pessoas em adoecimento mental deve ter por base o cuidado da própria pessoa, considerando a família e a comunidade, sempre objetivando a inclusão social e promoção da cidadania. As pessoas são inseparáveis da convivência em sociedade, da comunidade, do meio em que vivem, e nestes devem permanecer com respeito e harmonia. As práticas em saúde devem considerar estes aspectos, a fim de possa ser promovido o reestabelecimento do estado de saúde.

## **DIREITOS E INTEGRALIDADE**

Para que os usuários em adoecimento mental recebam a integralidade da atenção que precisam é necessário que tenham outros direitos garantidos, além da saúde. Neste sentido afirmam Badziaki e Moura, 2010:

Sabe-se também que a saúde é um direito interligado a vários outros: educação, lazer e segurança, por exemplo. Por isso, caso outras políticas públicas não estiverem em conjunto com as políticas públicas de saúde, a saúde jamais será um objetivo conquistado. Sendo assim, o estudo dos fatores sociais que interferem, positiva ou negativamente, na saúde, faz-se imprescindível.

[...] a integralidade é compreendida como um conjunto de intervenções e meios que apóiam a perspectiva da construção de um sistema de saúde mais justo e solidário, com a organização da demanda e do acesso aos serviços, pressupondo uma atenção resolutiva, focada no indivíduo, na família e na comunidade. (SIQUEIRA; BUSINGUER, 2010, p. 262).

Para qualquer dos sentidos atribuídos à integralidade, muitos são os fatores que interferem na sua efetivação. Apesar das dificuldades enfrentadas, diferentes estratégias têm sido utilizadas na perspectiva de se alcançar o direito à saúde em sua plenitude, superando os obstáculos que interferem nesta efetivação. (BRITO-SILVA; BEZERRA; TANAKA, 2012).

A Lei 10.216 traz no parágrafo único do segundo artigo um rol de direitos das pessoas portadoras de transtorno mental, tais como: ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; ser tratada com humanidade e respeito no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental; dentre outros. São direitos que constituem ferramenta de cuidado tendo em vista a integralidade da assistência à saúde mental destas pessoas.

[...] a necessidade de qualificar o acesso aos serviços de saúde mental, compreendendo que não basta ampliar a oferta, mas há de se compreender pelo olhar dos usuários suas efetivas necessidades em saúde, percebendo-as em sua totalidade. (OLIVEIRA; ANDRADE; GOYA, 2012).

É através do acesso que as pessoas que se encontram em estado de adoecimento mental podem ser incluídas nas ações e serviços de saúde, receberem atendimento profissional, medicação, tratamento, acompanhamento e reabilitação. Garantir a entrada destas pessoas é essencial para inclusão social e resgate de cidadania.

[...] a regulação do acesso tem como pressupostos: respeito e o favorecimento do direito dos usuários; a combinação de estratégias cooperativas e coercitivas para a garantia do acesso; conduta responsável dos reguladores e dos regulados; interface com as demais funções da gestão para gerar soluções compartilhadas; transparência no processo decisório e participação da sociedade, por meio das instâncias que os representam ou diretamente, promovendo críticas construtivas, reclamações e até mesmo denúncias. (SIQUEIRA; BUSINGUER, 2010, p.83).

O respeito à dignidade destas pessoas é fundamental. É importante considerar a internação como último recurso, e o atendimento voltado para comunidade e família como de primordial importância. E diante da necessidade de internação, dispõe o texto legal no quarto artigo que o tratamento em regime de internação deverá ser estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, de lazer, e outros. Um direito como o lazer é essencial que seja garantido a estas pessoas.

De forma crítica, comentam Brito-Silva; Bezerra e Tana-ka: O princípio da integralidade representa o reconhecimento da complexidade e das necessidades de cada indivíduo, demonstrando que o direito à saúde no Brasil não está restrito a uma “cesta-básica” de serviços, mas deve contemplar o essencial para um cuidado à saúde com dignidade.

A CF/1988 no artigo 198 dispõe sobre a integralidade como uma das diretrizes das ações e serviços públicos de saúde, no sentido de que o atendimento deve ser integral, incluindo atividades preventivas e assistenciais.

A integralidade, como princípio e diretriz geral para organização do sistema público de saúde e suas práticas, apesar de estar pautada nos debates desde o final dos anos 1970 do século XX, ainda é uma possibilidade que impõe desafios de várias ordens de dificuldades para que possa vir a ser alcançada no Brasil, minimamente no que for passível e possível de ser viabilizado pelo setor saúde. Talvez, dentre os princípios do SUS, a integralidade seja o menos visível na trajetória do sistema e de suas práticas desde sua inserção na CF em 1988. (SIQUEIRA; BUSINGUER, 2010).

A integralidade constitui, assim, uma das diretrizes do sistema de saúde. As ações e serviços de saúde devem estar conjugados, assim como a garantia dos direitos necessários para a qualidade e melhores condições de vida.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os direitos dos usuários em adoecimento mental como ferramenta de cuidado tendo em vista a obtenção da integralidade da atenção à saúde precisam estar efetivamente garantidos, ultrapassando-se o romantismo presente no texto legal e adentrando

do efetivamente ao cotidiano destas pessoas que tanto carecem da atenção do poder público e da sociedade. A rede de assistência à saúde mental deve estar organizada de maneira integrada, possibilitando acesso a todos os níveis assistenciais, ações e serviços de saúde.

## REFERÊNCIAS

BADZIAK, Rafael Policarpo Fagundes; MOURA, Victor Eduardo Viana. Determinantes sociais da saúde: um conceito para efetivação do direito à saúde. **R. Saúde Pública**. Santa Catarina, ISSN: 2175-1323, Florianópolis, Santa Catarina - Brasil, v. 3, n. 1, jan./jun. 2010. p. 69-79.

BRASIL. **Constituição Federal/1998**. Artigos 196, 197, 198, 199 e 200. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm) > Acesso em: 12 jan. 2015.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Diário oficial da união, Brasília, DF, 06 abr. 2001. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm). Acesso em: 27 jan. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm) > Acesso em: 20 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de saúde mental: atendimento e intervenção com álcool e outras drogas**. Caminhos do cuidado. 2013. . Disponível em: < [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_34.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf) > Acesso em: 20 jul. 2015.

BRITO-SILVA, Keila; BEZERRA, Adriana Falangola Benjamin; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. **Direito à saúde e integralidade**: uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação Interface. Comunicação, Saúde, Educação, vol. 16, n. 40, mar., 2012, p. 249-259. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, São Paulo, Brasil. Disponível em: < <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180122635020>> Acesso em: 20 jul. 2015.

COSTA, A.M. **Integralidade na atenção e no cuidado a saúde**. Saúde e Sociedade. [online] v. 13, n. 3, 2004. Disponível em: < [http://www.apsp.org.br/saudesociedade/XIII\\_3/integralidade.htm](http://www.apsp.org.br/saudesociedade/XIII_3/integralidade.htm) > Acesso em: 20 jul. 2015.

FIALHO, Marcelo Brandt; JORGE, Maria Salete Bessa. **As redes e o cuidado produzido na interface da saúde mental com a atenção primária**. In: SILVA, Raimunda Magalhães da; JORGE, Maria Salete Bessa. (Orgs.). Cuidado em saúde: desafios e práticas. Fortaleza: EdUECE/UNIFOR. 2011. p. 126-146.

MATTOS, R.A. **Os sentidos da integralidade**: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/ABRASCO, 2001. p. 39-64.

MENDONÇA, Roberto Lopes; RODRIGUES, Carlos Eduardo. **Foucault com Freud: cultura, adoecimento, internação**. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v. 3, n. 6, p. 151-170. 2012. Disponível em: < <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/viewFile/1507/1735>>. Acesso em: 20 jul. 2015.

PINTO, Antonio Germane Alves; PINTO, Diego Muniz; JORGE, Maria Salete Bessa. **A prática clínica em saúde mental na transversalidade da produção do cuidado integral**. In: SILVA, Raimunda Magalhães da; JORGE, Maria Salete Bessa. (Orgs.). Cuidado em saúde: desafios e práticas. Fortaleza: EdUECE/UNIFOR, 2011. p. 61-102.

ROSA, Cássia Regina. **Os determinantes sociais e o adoecimento mental**. Rev. eletrônica da rede de estudos do trabalho, 2007. Disponível em: < [http://www.estudosdotrabalho.org/texto/gt1/os\\_determinantes\\_sociais.pdf](http://www.estudosdotrabalho.org/texto/gt1/os_determinantes_sociais.pdf) >. Acesso em: 20 jul. 2015.

TAKEDA, Silvia. **A organização de Serviços de Atenção Primária a Saúde.** In: DUNCAN, Bruce (org.). Medicina Ambulatorial: Consultas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 3º ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

OLIVEIRA, Raimunda Félix de; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; GOYA, Neusa. **Acesso e integralidade:** a compreensão dos usuários de uma rede de saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(11): 3069-3078. 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a22.pdf> > Acesso em: 20 jul. 2015.

SIQUEIRA, M. P., BUSINGUER, E. C. A. **A saúde no Brasil enquanto direito de cidadania:** uma dimensão da integralidade regulada. *Revista de Direitos e Garantias Fundamentais*, Vitória, n. 8, p. 253-309, 2010.

## CAPÍTULO 16

# CARTOGRAFIA COMO FERRAMENTA COM POTENCIAL PARA PESQUISA EM SAÚDE COLETIVA<sup>2</sup>

Maria Raquel Rodrigues Carvalho  
Diego da Silva Medeiros  
Túlio Batista Franco  
Maria Salette Bessa Jorge

### INTRODUÇÃO

A cartografia como prática de pesquisa e, consequentemente, produção de saberes é devedora de uma multiplicidade de autores atuantes na tradição filosófica que transita no limite da ideia de representação e identidade. Deleuze e Guattari, autores franceses, são expoentes desta tradição que passa por Espinosa e Nietzsche e outros contemporâneos. A intenção deste capítulo é situar a cartografia como prática de pesquisa que foi engendrada na contribuição de gama significativa de autores e que pode estimular a produção de saberes no campo da Saúde Coletiva.

---

<sup>2</sup> Este capítulo é um recorte de um projeto nacional, intitulado “Observatório Nacional da Produção de Cuidado em diferentes modalidades à luz do processo de implantação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde: Avalia quem pede, quem faz e quem usa”, coordenada pelos Profs. Emerson Merhy, Túlio Franco e Marcelo Land. De tal modo seu conteúdo trata da entrada dos pesquisadores da loco-região Ceará e Maranhão, no território de pesquisa, suas interfaces com o método utilizado e a pesquisa em Saúde Coletiva.

A produção de mapas existenciais compostos de linhas, as mais variadas que os atravessam, sempre em movimento, ativas nos encontros e envoltas em relações de forças, podemos afirmar que este é o fazer da cartografia. Interessa-nos utilizar desta caixa de ferramentas para analisar os fluxos da produção de vida com a interface da Saúde Coletiva.

A Saúde Coletiva que tem origem no ambiente acadêmico brasileiro no início dos anos 1970, pôs em movimento o que se reproduzia até então do conceito Saúde Pública introduzindo elementos sociais, planejamento, gestão e políticas para pensar sobre a produção de saúde. O campo da saúde, então, já não seria pensado apenas nos espaços legitimados para isso como, por exemplo, as ciências da saúde, mas extrapola por outros campos de produção de saberes. É nesta multiplicidade que a Saúde Coletiva está envolta, que emerge as pesquisas de cunho qualitativo oriundos de outras disciplinas e nesta seara insere-se a pesquisa cartográfica.

Com o objetivo de promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica, as Rede de Atenção à Saúde são estabelecida pelo Ministério da Saúde pela Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010).

As redes, no entanto, não se restringem a meros conceitos, elas vão além de nomenclaturas pré-estabelecidas em normativas, estão sendo produzidas de forma ininterrupta por uma multiplicidade de sujeitos que se relacionam nos processos de produção do cuidado. Estas redes podem, assim, ser chamadas de redes rizomáticas de cuidado.

Contudo imaginar em redes que operam na micropolítica dos processos de trabalho como rizomáticas significa pensá-las como algo que opera através de linhas de cuidado que dão seguimento a inúmeros itinerários terapêuticos, que atravessam determinada equipe ou unidade de saúde (FRANCO; MERHY, 2013).

Na mesma direção pode-se constatar o intenso protagonismo de usuários e trabalhadores na constituição das redes de cuidado, ou seja, ao mesmo tempo em que há uma rede protocolar, proposta pelos serviços de saúde, inúmeras redes são inventadas, para atender a especificidades específicas. Estas redes se formam, conectam equipes e serviços, fazem fluxo e salvam vidas, não têm forma a priori, acontece como construção em ato, no exato momento de produção do cuidado. Sofrem modulações, ou seja, podem se modificar dependendo do contexto em que operam. São chamadas as redes vivas. (MERHY *et al.*, 2014).

O estudo em questão objetiva realizar uma reflexão teórica sobre as premissas que orientam uma pesquisa cartográfica, bem como a interface com a Saúde Coletiva e o contato com sujeitos constituintes das redes nas experiências de entrada no território dos pesquisadores que participam do “Observatório Nacional da Produção de Cuidado em diferentes modalidades à luz do processo de implantação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde: Avalia quem pede, quem faz e quem usa”.

## **A travessia... e os encontros**

Trata-se de uma reflexão teórica que parte de uma revisão integrativa de temas sobre “cartografia” e “saúde coletiva”. A mesma envolveu a leitura, a análise e a interpretação de livros e artigos científicos que deram suporte às fases desta construção.

Nessa perspectiva conectamos as reflexões com o relato de experiência dos pesquisadores na entrada no território de pesquisa. A pesquisa é produzida em São Luís - MA e Fortaleza - CE. A prática de reflexão teórica atravessada pela experimentação empírica contribui para a produção da cartografia no campo da Saúde Coletiva.

Como já referido anteriormente este estudo trata-se de um recorte de um projeto nacional em andamento, assim duas Redes de Atenção à Saúde, a Rede Cegonha e a Rede Oncológica, estão sendo analisadas com o objetivo de cartografar os fluxos dos usuários nos serviços de saúde das redes, a protocolar e a rede viva. Para isso, foram utilizadas ferramentas para a produção de informações como a observação, o diário de campo, oficinas, entrevistas e a técnica do caso-traçador.

## **A IMANÊNCIA DA CARTOGRAFIA**

A cartografia, na definição tradicional, é a arte de construir mapas considerando as características do território que se pretende abordar. Há uma multiplicidade de elementos que compõem estes mapas de acordo com o interesse do viajante, do observador. A arte de construí-los, no entanto, possui as mais variadas formas e técnicas.

O movimento de maio de 1968 na França influenciou significativamente artistas, cientistas e filósofos franceses na produção do conhecimento. Era um período de profundos questionamentos políticos sobre os paradigmas do campo da arte, da ciência e da filosofia. O movimento de 68, assim, seguiu ecoando na produção que se seguiu, e Gilles Deleuze e Félix Guattari estão imersos neste território vivo.

Gilles Deleuze, filósofo, leitor de Friedrich Nietzsche, apropriava-se dos autores da filosofia, da arte e da ciência para criar seus conceitos. Escreveu monografias sobre Hume, Kant, Bergson, Nietzsche, Leibniz e Espinosa, para citar alguns do campo de filosofia, criando conceitos com estes autores sem almejar a representação e a identidade tão cara ao academicismo. Deleuze no livro *Conversações* disserta sobre sua produção.

“Não tenho ilusões: ainda estão cheios de um aparato universitário, são pesados, mas tento sacudir algo, fazer com que alguma coisa em mim se mexa, tratar a escrita como um fluxo, não como um código” (DELEUZE, 2004a, p. 15).

O esforço em fazer mexer o conhecimento que se assenta em um sedentarismo dócil, acadêmico e permitir que os fluxos criativos possam fomentar formas de lidar com a produção do conhecimento, sob outros marcos que, eventualmente na história, tenham sido deixados à margem é a motivação de Gilles Deleuze.

Félix Guattari não tem formação definida, transitou sobre vários campos como a militância política comunista, a experiência clínica em La Borde, participou dos seminários de Lacan e por último a atração pelo discurso esquizo. Em entrevista realizada em 1972 sobre o livro *Anti-Édipo*, Guattari fala sobre os modos de vida que o fazem e a produção com Deleuze:

“Ora, esses quatro lugares, esses quatro discursos não eram apenas lugares e discursos, mas modos de vida, necessariamente um pouco dilacerados. Maio de 68 foi um abalo, para Gilles e para mim, bem como para tantos outros: na época não nos conhecíamos, mas mesmo assim este livro [Anti-Édipo], atualmente, é uma continuação de 68 (DELEUZE, 2004a, p. 25).

Esta curta passagem sobre os autores que operaram o conceito de cartografia nos modos de produzir saberes é necessário para que situemos historicamente uma teoria e saibamos quais as linhas que atravessam e constroem uma prática acadêmica. A vida de Deleuze e Guattari estão implicadas em seus textos fluxos e de forma imanente, pois, esta teoria não é devedora da transcendência, antes é fomentada por intensidades e afetos que a fazem vibrar.

Deleuze e Guattari não criaram roteiros seguros para a aquisição do conhecimento, afinal não se trata de desvelar o que está escondido esperando nossa descoberta ou de coletar dados ali expostos prontos à nossa apropriação. É preciso produzir, funcionar, fazer se movimentar. Sobre os livros, instrumento de pesquisa, ele assevera:

“(...) consideram os um livro como uma pequena máquina a-significante; o único problema é ‘isso funciona, e como é que funciona?’ Como isso funciona para você? Se não funciona, se nada se passa, pegue outro livro. Essa outra leitura é uma leitura em intensidade: algo passa ou não passa. Não há nada a explicar, nada a compreender, nada a interpretar” (DELEUZE, 2004a, p.16).

O que faz uma pesquisa funcionar? Este é o questionamento que Deleuze põe em xeque para que iniciemos a compreender o que ele e Guattari vão tratar por cartografia. Estes abandonam a ideia de essência, de representação e identidade e se interessam pelas circunstâncias em que os acontecimentos ocorrem, pelas intensidades e afetos que algo engendra, pelos processos de desterritorialização e reterritorialização, pelos agenciamentos, todos os conceitos que atravessam os textos de Deleuze e Guattari.

“Por muito tempo eles [os conceitos] foram usados para determinar o que uma coisa é (essência). Nós, ao contrário, nos interessamos pelas circunstâncias de uma coisa: em que casos, onde e quando, como, etc.? Para nós, o conceito deve dizer o acontecimento, e não mais a essência” (DELEUZE, 2004a, p. 37).

A cartografia se interessa pelo movimento, pelo processo, não prescinde de nada que possa contribuir para produzir um mapa existencial composto de linhas as mais variadas como a vida em sua complexidade inapreensível na totalidade. A cartografia, assim, seria uma escrita que encarna e que só é possível experienciando o mundo.

As linhas que uma cartografia pretende produzir podem ser de três tipos, a saber, linhas de segmentaridades duras, linhas de segmentaridades moleculares e as linhas de fuga. Não há, todavia, linhas mais importantes que outras, elas ocorrem ao mesmo tempo, sempre no meio e estão todas interligadas.

As linhas de segmentaridade duras dizem daquilo que é estratificado, territorializado, organizado, significado, atribuído. São linhas que enquadram os sujeitos em relação ao trabalho, sexo, família, escola, vida em linearidade organizada que pode ser percebida mais facilmente pelo cartógrafo em decorrência do significante.

As linhas de segmentaridade moleculares são da ordem do movimento, elas desterritorializam o que estava sedentário, traçam pequenas modificações, fazem desvios, delineiam quedas ou impulsos, passa-se por essas linhas alguns devires ou micro-devires que destoam, por exemplo, da “história dos indivíduos” (DELEUZE e PARNET, 1998).

As linhas de fuga irrompem em processo de criação, é um rompante que desarticula o mapa para depois gerar novas conexões. As linhas de fuga escapam ao enquadramento da vida, é uma explosão ou acontecimento. Difícil de nomear ou conceituar a linha de fuga, pois, embaralha o significante e nos coloca em suspenso sem um território protegido por fronteiras bem delineadas. As linhas de fuga não têm território.

“O que chamamos por nomes diversos – esquizoanálise, micropolítica, pragmática, diagramatismo, rizomática, cartografia – não tem outro objeto que o estudo dessas linhas, em grupos ou indivíduos” (DELEUZE e PARNET, 1998, p.146).

As questões, portanto, que configuram um estudo que se pretende cartográfico atravessam estas linhas. Quais os segmentos duros que compõem o mapa que estamos construindo? Quais as linhas flexíveis? Quais os fluxos e quais os limiares? Quais as linhas de fuga que irrompem na ruptura dos limiares? Como se organizam as linhas em relação às forças que estão em jogo?

O rizoma é a imagem que Deleuze e Guattari se apropriaram da botânica para dizer da produção de saberes de que tratam sua filosofia. Rizoma é uma espécie de caule ou radículas que não se percebem os limites com precisão, espalham-se de forma subterrânea e horizontalmente. A ideia deste conceito se encontra na introdução do livro *Mil Platôs – Capitalismo e Esquizofrenia* (volume um da edição brasileira) para ilustrar o funcionamento do livro que pode ser apreciado a partir de qualquer ponto sem prejuízo na leitura.

Um rizoma não cessa de se conectar com as várias forças que o compõe, formando um mapa vivo em que a ideia de origem e finalidade não se enquadra, está sempre em processo, no

meio. Não existem pontos ou posições num rizoma como numa estrutura ou uma árvore, somente linhas. Desta forma a imagem do rizoma escapa da ideia de essência ou algo a ser desvelado, pois tudo está à disposição do encontro e em relação engendrando as mais variadas conexões.

O conceito de rizoma nos remete a ideia de rede, esta tão cara as reflexões sociais contemporâneas e mais precisamente ao campo da saúde. Esta rede nos marcos do pensamento de Deleuze e Guattari é uma necessidade vital, em outras palavras, só existimos na trama dessas redes. Tramamos nossas redes vitais no contato com o outro, nos agenciando, criando rupturas no instituído ou trilhando caminhos esquadrinhados que nos assegure a almejada segurança.

As redes também se interconectam em campos que a priori não identificamos a possibilidade do encontro. O território é maleável e está sujeito a desterritorializações e reterritorializações no processo que o constitui. Estas redes possuem múltiplas entradas e saídas que não permitem a previsão ou captura pelo pesquisador mais apressado. No interior destas redes há sempre produção, seja de vida ou de morte, seja de criação ou fascismos os mais variados.

A mercê de não possuir uma técnica dura que oriente o pesquisador que deseja produzir uma pesquisa cartográfica, o exercício de construção do mapa-rizoma é marcado pelo rigor. Captar as linhas vivas e em processo que atravessam o problema da pesquisa em sua multiplicidade requer o envolvimento do pesquisador na complexidade do território existencial.

“A questão se coloca da seguinte maneira, mesmo em função da ciência pura: pode-se progredir se não se entra em regiões distantes do equilíbrio?” (DELEUZE, 2004b, p. 124).

Deleuze no livro *Crítica e Clínica* nos coloca a questão acima, somos convidados no campo da ciência pura a organizar, a dar sentido aos fluxos como se fosse possível equilibrar. Importa-nos atentar que a construção de uma cartografia envereda por regiões distantes do equilíbrio, da totalidade, da identidade sedentária. Um rizoma está sempre em desequilíbrio, afinal este território em processo, esta micropolítica é animada pelo permanente encontro de forças gerando intensidades e fluxos.

O encontro das forças que se movimentam na cartografia está relacionado às relações de saber e poder discutidas na obra de Michel Foucault e vividamente atuantes no interior das relações que o próprio chamará de microfísica. Deleuze comentando Foucault:

“O Poder delinea uma segunda dimensão irreduzível à do Saber, embora ambos constituam mistos concretamente indivisíveis; mas o saber é feito de formas, o Visível, o Enunciável, em suma, o arquivo, enquanto o poder é feito de forças, relações de força, o diagrama” (DELEUZE, 2004a, p. 115).

O saber e o poder estão profundamente imbricados e para Deleuze são concretamente indivisíveis. Uma cartografia está atenta aos diversos usos destes conceitos na produção da vida. A academia encarnada na ciência, por exemplo, alimenta o saber que é visível, quantificável, enunciável e que esteja nos marcos da representação. As relações de poder feitas de forças intensificam o elemento eminentemente político do manuseio destes saberes.

Uma cartografia é um investimento político porque desarranja o cenário visível e implica os agentes envolvidos em sua confecção. A produção das subjetividades está pautada na experimentação, na relação, nos encontros que, entretanto, jamais estão

dados. Estão permanentemente em movimento e se desterritorializando através das linhas de fuga que escapam ao processo de enquadramento. O movimento, assim, não se dá por negação ou contraditório, mas por produção, criação e devires.

O desafio da utilização da cartografia como prática possível na pesquisa é experimentar as diversas linhas que a compõe com conceitos vivos em toda a obra de Gilles Deleuze e Félix Guattari e outros atores apropriados e desterritorializados por eles como Foucault, Nietzsche, Kafka, Bergson, Espinosa entre outros, sem nenhuma sistematização ou roteiro enunciável como preconiza o saber. A cartografia insere-se, portanto, como uma máquina de experimentação por fora do enquadramento estatal, do organismo de saberes fazendo emergir as intensidades, as linhas de fugas, os devires que escapam aos modelos estabelecidos.

## **ELEMENTOS DA CARTOGRAFIA E SAÚDE COLETIVA**

O campo da Saúde Coletiva tem utilizado ferramentas da pesquisa qualitativa oriundas das ciências humanas e sociais desde a sua concepção nos anos 70. A utilização das teorias críticas, da fenomenologia, da hermenêutica, da etnografia tem animado significativo número de pesquisadores na construção dos saberes. A cartografia também se insere na Saúde Coletiva como prática para analisar os problemas pertinentes ao campo na seara das pesquisas qualitativas (FERIGATO e CARVALHO, 2011).

O estudo de natureza cartográfica está relacionado às estratégias das formações do desejo no campo social, ou seja, como o social se expressa, como se inventa, como se espalha em intensidades e compõe novos mundos. A prática do cartógrafo é política, da esfera da micropolítica, produzindo subjetividade (ROLNIK, 2014).

Desta forma a Saúde Coletiva se entrelaça e se conecta com a cartografia, por se tratar de uma construção sócio-histórica de sujeitos que produzem vida e desejam estabelecer conversações com as práticas tradicionais, a interdisciplinaridade, a transdisciplinaridade e a integralidade considerando o campo de conhecimento das ciências sociais, políticas, planejamento, gestão em saúde e epidemiologia. Segundo Nunes (2012):

“(...) entender a Saúde Coletiva, mas a imagem que associo ao entendimento do campo é a do mosaico- conjunto formado por 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.”

Desta forma, o pesquisador procura utilizar um amplo arcabouço de métodos de pesquisa buscando melhor entender o foco de atenção de seu estudo. Importante citar que, neste contexto, cada prática torna o mundo visível de diferentes maneiras. Uma multiplicidade de possibilidades que se abrem com as metodologias qualitativas, busca-se discutir certo modo de trazer o mundo ao campo das visibilidades e dos enunciados – a investigação cartográfica (FERIGATO; CARVALHO, 2011).

O contato com a cartografia é rigoroso, pois exige que o pesquisador imerja no campo estando aberto aos afetos que atravessam seu problema de pesquisa. A complexidade do campo e a implicação do pesquisador na confecção da cartografia causa certo desassossego, tira-o de uma zona de conforto delineável, segura e o situa no meio das relações força e poder. As questões se farão presentes vão requerer dedicação e conversações entre pesquisadores, autores e sujeitos que atravessam a pesquisa. Esse processo

se efetiva com leituras e discussão coletiva com todo o grupo de pesquisadores sobre a temática, explorando questões que ainda não haviam sido tratadas pelo grupo, por exemplo, como realizar uma cartografia? Como produzir dados que contemplem uma prática cartográfica? Quais instrumentos de produção de dados utilizar? Como apreender o território na sua dimensão inter-relacional? Como acompanhar processos de subjetivação?

De acordo com Deleuze e Guattari (1995), a cartografia é útil para descrever processos mais do que estados de coisa. Saliante-se o termo processo e a possibilidade de a cartografia contribuir para as pesquisas qualitativas que se propõem ao acompanhamento de processualidades, visto que o método qualitativo pode ser caracterizado como “aquele que quer entender como o objeto de estudo acontece ou se manifesta; e não aquele que almeja o produto, isto é, os resultados finais matematicamente trabalhados” (TURATO, 2005, p. 509).

Observa-se que o termo cartografia é uma palavra do campo da Geografia que atrelado a si, lembra o processo de mapear, traçar, fotografar e desenhar territórios e estradas. Sendo assim, a área da saúde se apropria desse processo investigativo na busca de compreender a complexidade que é o território da existência dentro de um contexto, por exemplo, da produção do cuidado nos serviços formais de saúde e outros territórios.

Nesse sentido, pode-se afirmar que para os geógrafos, a cartografia para Deleuze e Guattari é um mapa que acompanha e se faz ao mesmo tempo em que os movimentos de transformação da paisagem diferentemente do mapa tradicional que é a representação de um todo estático. Os autores lançam mão do termo cartografia para gerar o curto circuito no conceito, pô-lo no meio das relações de força do saber poder. Assim, não é só na geogra-

fia que encontramos cartografias, as paisagens psicossociais são também cartografáveis, sendo este o processo de acompanhar e se fazer ao mesmo tempo que o desmanchamento de certos mundos (sua perda de sentido) e a formação de outros (ROLNIK, 2014).

Segundo, Moura e Hernandez (2014), por outro lado, os mapas também podem ser pensados como objetos abertos por diferentes métodos, conectáveis e modificáveis, que se prestam a interpretações poéticas, incorporam valores culturais e crenças políticas ao figurarem e reconfigurarem o espaço, como definem Deleuze e Guattari (1995, p. 22):

(...) o mapa é aberto, é conectável em todas as suas dimensões, desmontável, reversível, suscetível de receber modificações constantemente. Ele pode ser rasgado, revertido, adaptar-se a montagens de qualquer natureza, ser preparado por um indivíduo, um grupo, uma formação social.

Fomentando a discussão, a cartografia se apresenta como valiosa ferramenta de investigação, exatamente para abarcar a complexidade, zona de indeterminação que a acompanha, colocando problemas, investigando o coletivo de forças em cada situação, esforçando-se para não se curvar ao enquadramento reducionista. Contudo, mais do que procedimentos metodológicos delimitados, a cartografia é um modo de conceber a pesquisa e o encontro do pesquisador com seu campo. Entendemos que a cartografia pode ser compreendida como prática de produção de saberes, como outra possibilidade de conhecer, não como sinônimo de disciplina intelectual, de defesa da racionalidade ou de rigor sistemático para se dizer o que é ou não ciência, como propaga o paradigma moderno (ROMAGNOLI, 2009).

Cartografar esses processos na Saúde Coletiva é investigar o que dá expressão e o que transforma os modos de produção de cuidado; escutar os seus “ruídos”, seus incômodos; fazer aparecer às coisas que estão ali, mas não têm visibilidade. Sendo assim, a cartografia que se produz é aquela do trabalho vivo em ato, que é como um sistema aberto, não modelar e não serial, com muitas entradas e saídas, operando de forma não estruturada sobre a realidade (FRANCO, 2013; FRANCO; MERHY, 2013).

O trabalho vivo em ato é um trabalho criador, tendo a capacidade rizomática, de abrir linhas de fuga e trabalhar com as lógicas próprias do sujeito que opera o sistema de saúde, sendo capaz de encontrar novos territórios de significação, que dão sentido para, por exemplo, a produção do cuidado quando tratamos de caso da saúde (FRANCO; MERHY, 2013).

Assim, cartografar é acompanhar um processo, e não representar o simples papel de responder um objeto (KASTRUP, 2010). Sendo a tarefa do cartógrafo, segundo Rolnik (2014):

(...) dar língua para afetos que pedem passagem, dele se espera basicamente que esteja mergulhado nas intensidades de seu tempo e que, atento às linguagens que encontra, devora as que lhe parecem elementos possíveis para a compreensão das cartografias que se fazem necessárias.

No caso desta pesquisa, um dispositivo que torna possível “dar língua para afetos” é chamado usuário-guia, ou seja, aquele que anda pelos serviços de saúde em busca do atendimento às suas necessidades, e que para esta pesquisa, serve de guia aos que buscam compreender o funcionamento dos serviços (MERHY *et al.*, 2014). Mapear os caminhos do usuário, acompanhando-o,

vivenciando com ele a experiência do cotidiano dos serviços, esta é a forma de um pesquisador cartógrafo produzir dados, reconhecendo que o próprio usuário participa também desta produção.

Duas questões são centrais nesta discussão, a primeira é a ideia de um pesquisador que se lança ao objeto, deixa de afetar por ele, tornando-se implicado com a produção do conhecimento, e que é ao mesmo tempo, uma produção de si. A outra é o fato de reconhecer que o usuário e os cenários aos quais ele transita, são plenos de conhecimento, sendo o usuário como produtor de dados, também um pesquisador, dado o alto grau de implicação que a pesquisa é capaz de produzir.

O usuário-guia apresenta-se como ferramenta viva no cenário da pesquisa, capaz de oferecer com toda transparência e sua complexidade, como acesso, barreiras, relações de poder, fluxo entre trabalhadores que formam certos tipos de redes, tensões do cotidiano deste funcionamento, com isso gerando informações fundamentais para análise.

## **EMARANHANDO-SE COM O CAMPO DA PESQUISA**

A ferramenta do usuário-guia apropria-se dos conceitos de Deleuze e Guattari para criar um mapa complexo com as vivências de produção do cuidado com profissionais das equipes que deverão ser estudadas e expostas de maneira intensiva na produção de vida criadas pelos usuários vivenciam os serviços de saúde. Assim tornando-se visível alguns fluxos dos serviços de saúde e por muitas vezes os fluxos de escolha dos usuários, que geralmente não seguem os fluxos estabelecidos pelo sistema de saúde e utilizam-se de outros dispositivos para produção do cuidado.

A escolha do usuário-guia traçará o mapa existencial, decisão está tomada em conjunto com os trabalhadores de saúde

(sendo os mesmo toda a equipe que produz cuidado no serviço de saúde, desde o porteiro até o gestor da unidade) de um determinado território em estudo, profissionais de todos os níveis de atenção à saúde, no qual por meio de oficinas é possível fazê-lo se reconhecer como informantes guias e assim disponibilizar informações preciosas para o desenvolvimento da pesquisa.

Inicialmente os trabalhadores de saúde solicitado para oficina da Rede Cegonha foram da atenção primária, devido a maior proximidade da equipe de saúde com o território e a existência de programa e política nessas unidades estabelecidos a atenção materno-infantil. Já no caso da Rede Oncológica, o início se deu pela atenção terciária, pois nas oficinais da atenção primária não existiram relatos sobre esses usuários na unidade de saúde, assim surgiu a necessidade realização de oficinas na atenção terciária especializada.

Após a realização das oficinais e a “eleição” do informante guia, torna-se necessário ao pesquisador a maturação de todas as questões abordadas durante a mesma, para assim levantar questionamentos sobre esse usuário guia. A entrada no território deste usuário guia para a construção dos seus fluxos de cuidado torna-se possível traçar sua história de vida, ou melhor sua história de cuidado.

Para a realização da análise da rede apontada pelo usuário-guia é mister que se examine “em ato” as relações de produção dos processos de trabalho complexos, como os da saúde e da educação, que envolvem um importante grau de autonomia dos profissionais. Na cena concreta, expressam-se valores, conceitos e tecnologias que não necessariamente são captados numa entrevista (quando geralmente se fala do “dever ser” – e não do que realmente é – ou de como cada um interpreta a cena vivida – sem

expressar necessariamente os conflitos). As conexões dos discursos dos informantes chaves produzem mapas através dos fluxos nos quais transita a ação dos sujeitos singulares que aí atuam.

No percurso desse processo de (des) e (re)construção teórica e experimental é sabido que o pesquisador “nunca” deve se considerar completamente pronto para explorar qualquer que seja o território, haja vista, que ao adentrar no universo da produção de dados, surgirão vários questionamentos e situações vividas que ultrapassam os limites do planejado e esperado. Assim, o uso de um “roteiro” idealizado e pré-determinado é um dos caminhos a serem seguidos sem jamais reificá-los, pois, ao se lançar no mapeamento do trabalho vivo, o estado processual do cuidado em saúde se remodela e se reformula ao decorrer das etapas do desenvolvimento da pesquisa.

Como pesquisador cada sujeito tem suas peculiaridades, seu modo singular de ver o mundo que de certa forma acaba influenciando no seu modo de agir e absorver informações. Com isso, podemos utilizar a nomenclatura de pesquisador “in-mundo”, como diz Gomes e Merhy (2014):

O pesquisador in-mundo emaranha-se, mistura-se, afeta-se com o processo de pesquisa, diluindo o próprio objeto, uma vez que se deixa contaminar com esse processo, e se sujando de mundo, é atravessado e inundado pelos encontros. Como conector e na busca pelo incremento do coeficiente de transversalidade, ele é atravessado.

Nesse ínterim, escolher os casos traçadores é um passo intensivo e que poderá demorar meses para ser estabelecido, já que se devem explorar as possibilidades e se faz necessário visitas exaustivas aos possíveis locais da rede de saúde a ser investigado.

Os informantes são os grandes pilares desse processo de descoberta e achados. Cada encontro é totalmente singular, tanto o pesquisador como os informantes-chaves são alterados, assim nunca um encontro é igual ao outro, sendo sempre um processo de produção.

As oficinas emergem como o instrumento do mapeamento para a efetivação dessa articulação, pois é nessa oportunidade que os casos irão surgir espontaneamente no discurso dos informantes junto com as fragilidades dos serviços de saúde disponíveis, com as queixas e suas angústias como profissional de saúde.

Após a eleição em conjunto, tanto pesquisador como o usuário guiam para desenhar essa rede de serviços de saúde, mostrando todo o cardápio disponível para a devida assistência aos usuários. Visando não só as redes formais de assistência à saúde como também suas “redes informais” de cuidado, ou seja, as que são formadas pelos próprios usuários e trabalhadores, e que estamos chamando de redes vivas. As redes formais são consideradas as redes oficiais de cuidado, as incorporadas aos saberes biomédico-científico e as tecnologias terapêuticas modernas, assim as “informais” são as que fogem à rede oficial de cuidado ou outros dispositivos eleitos pelo usuário que produzem cuidado ao mesmo (GUITIERREZ; MINAYO, 2010). Chamamos a atenção para que não haja uma polarização entre estes conceitos, pois, as redes podem trazer elementos de uma rede protocolar, e ao mesmo tempo da rede viva, já que se produzem em ato, formando assim um emaranhado de linhas que se cruzam, tendo por objetivo o cuidado.

A entrada no campo a ser investigado inicialmente se estabelece conhecendo os possíveis locais que poderá ser o espaço delimitado para a pesquisa, mas por que possíveis locais? Porque

quem irá dizer que locais são esses é o caminhar do usuário guia na rede de serviços. Contudo, mais do que procedimentos metodológicos delimitados, a cartografia é um modo de conceber a pesquisa e o encontro do pesquisador com seu campo.

Dessa maneira, já se estabelece um desafio, se lançar em territórios desconhecidos e que esconde o imaginário interpretativo da experiência vivida, pois o pesquisador de forma geral se remete a dificuldades próprias da realização da pesquisa que é: os problemas referentes à coleta de dados (articulações, falta de tempo dos profissionais para responder entrevistas, deslocamento, dentre outros). Ter um domínio desse ambiente é algo que poderá minimizar a ansiedade do sujeito pesquisador, mais na proposta da cartografia o descobrimento de espaços e situações que fogem da pertence de quem realiza o estudo é algo inerente e se estabelece como a riqueza a ser explorada e lapidada.

É isso o que leva Mairesse (2003) a dizer que a cartografia acontece como um dispositivo, pois, no encontro do pesquisador com seu “objeto”, diversas forças estão presentes, fazendo com que ambos não sejam mais aquilo que eram. Nesse sentido, o método cartográfico “desencadeia um processo de desterritorialização no campo da ciência, para inaugurar uma nova forma de produzir o conhecimento, um modo que envolve a criação, a arte, a implicação do autor, artista, pesquisador, cartógrafo” (MAIRESSE, 2003, p. 259).

## **PONTOS PARA REFLEXÃO**

Este capítulo não se trata de uma “receita” para a entrada no campo em uma pesquisa cartográfica, tampouco significa dizer que toda pesquisa cartográfica em Saúde Coletiva tem que seguir estes caminhos. Expomos a experiência da entrada no cam-

po com as ferramentas conceituais que a cartografia lança mão no intento de produzir uma análise das redes vivas, formais e informais. A cartografia é uma prática de pesquisa, uma produção de saber que permite ao pesquisador implicado entrelaçar-se com os territórios e as linhas de força que o compõe extraindo desta experimentação a análise.

O percurso decorrido nesse texto permite compreender que não somente ao se inserir no campo de produção de dados que será possível visualizar realmente o que é cartografar e como se efetiva. Deixa-se claro que não se esgota aqui as discussões e as variadas formas de entendimento a respeito da prática cartográfica, bem como, não se considera verdade absoluta os mapas conceituais aqui destacados.

O pesquisador para fazer esse tipo de pesquisa tem que se despir de todos os seus (pré)conceitos, referindo-se do modo mais amplo da palavra, ampliar sua visão para o dito e o não dito, mergulhando em todas as narrativas e observações, assim transformando o mapeado em narrativas.

A utilização do usuário guia na cartografia e na pesquisa em Saúde Coletiva contribui para uma mais clara visualização dos percursos de cuidado utilizados pelos serviços de saúde. Permitindo que o pesquisador da saúde faça o desenho detalhado dos serviços de saúde, do caminhar dos usuários tornando real e palpável o discurso e o que é a realidade dos serviços de saúde.

## REFERÊNCIAS

DELEUZE, G. **Conversações**. Tradução Peter Pal Pelbárt. São Paulo: Ed. 34, 2004a.

\_\_\_\_\_. **Crítica e Clínica**. Tradução Peter Pal Pelbárt. São Paulo: Ed. 34, 2004b.

DELEUZE, G.; PARNET, C. **Diálogos**. Tradução de Eloisa A. Ribeiro. São Paulo: Escuta, 1998.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Vol. I. São Paulo: Ed.34, 1995.

FERIGATO, S.H.; CARVALHO, S.R. Pesquisa qualitativa, cartografia e saúde: conexões. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v. 15, n. 38, p.663-75, jul./set. 2011.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Mapas analíticos: una mirada sobre la organización y sus procesos de trabajo. **Salud Colect.**, v. 5, n. 2, p.181-94, 2009.

FRANCO, T. B. **As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde**. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde. 1ª ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

KASTRUP, V. (orgs) **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**, Porto Alegre, Sulina, 2010.

MAIRESSE, D. **Cartografia: do método à arte de fazer pesquisa**. In T. M. G. Fonseca & P. G. Kirst (Orgs.), *Cartografias e devires: a construção do presente* (pp. 259-271). Porto Alegre: UFRGS. 2003.

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

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo**. 2ª ed. Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS, 2014.

ROMAGNOLI, R. C. “A cartografia e a relação pesquisa e vida”. **Psicologia & Sociedade**; 21 (2): 166-173 2009.

NUMES, E. D. **Saúde Coletiva**: uma história recente de um passado remoto. In: GASTÃO, W. S. C.; *et al.*, Tratado de Saúde Coletiva. 2ª ed.- São Paulo: Hucitec, 2012.

SILVA, K.L.; DE SENA, R.R.; FEUERWERKER, L.C.M.; MERHY, E. E. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. **Revista de Saúde Pública**, [on-line]. 2010, vol. 44, n.1, pp. 166-176.

TURATO, E.R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saude Publica**, v. 39, n. 3, p. 507-14, 2005.

GUTIERREZ, D. M. D.; MINAYO, M. C. S. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. **Ciências Saúde Coletiva**. v. 15, p. 1497-1503, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279**, de 30 de dezembro de 2010. Disponível em: [conselho.saude.gov.br/ultimas.../img/07\\_jan\\_portaria4279\\_301210.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas.../img/07_jan_portaria4279_301210.pdf)> Acesso em: 10 de abril de 2015.

MERHY, Emerson Elias, et al.,. Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua - Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. **Divulgação em saúde para debate**. Rio de Janeiro, n. 52, p. 153-164, out 2014. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf>.

## AUTORES / ORGANIZADORES

### **Larissa Alves Alexandre Moliterno**

Fisioterapeuta graduada pela Faculdade Integrada do Ceará, Brasil. Bolsista FUNCAP; Mestranda do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará, Brasil. Integrante do GRUPECE.

### **Lívia Lopes Custódio**

Psicóloga graduada pela Universidade de Fortaleza. Bolsista CAPES. Mestranda do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará, Brasil. Integrante do Grupo de Pesquisa em Enfermagem no Cuidado à Saúde da Criança e do Adolescente – GEPCCA.

### **Maria Rocineide Ferreira da Silva**

Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará. Docente do Curso de graduação em Enfermagem e do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará. Coordenadora Regional Nordeste 1 Rede Unida. Membro GT Educação Popular e Saúde da ABRASCO. Contato: rocineideferreira@gmail.com

## AUTORES / COLABORADORES

**Andrea Caprara.** Médico. Doutor em Antropologia pela Universidade de Montreal Canadá (1994). Docente do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará, Brasil.

**Aline Mayra Lopes Silva.** Enfermeira. Especialista em Oncologia pela Faculdade Farias Brito. Discente do Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

**Aline Teles de Andrade.** Psicóloga. Especialista em Saúde Mental pela Universidade Estadual do Ceará, Brasil(2010); Mestranda do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará, Brasil.

**Ana Carina Stelko-Pereira.** Psicóloga (UFPR), Doutora em Psicologia (UFSCar) e professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará. Realizou trabalhos teórico-práticos em relação ao enfrentamento da violência contra a mulher, maus-tratos infantis, violência escolar e bullying no Laboratório de Análise e Prevenção da Violência (LAPREV).

**Ana Valeska Siebra e Silva.** Doutora em Saúde Pública. Professora adjunto da Universidade Estadual do Ceará. Docente do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará e Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente (UECE). Tutora do PET Vigilância à Saúde - CCS/UECE.

**Carla Samya Nogueira Falcão.** Educadora Física pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (2008). Tem experiência na área de Educação Física, com ênfase em Educação Física, atuando principalmente nos seguintes temas: idoso, musculação, atividade física e qualidade de vida.

**Carliene Bezerra da Costa.** Enfermeira graduada pela Universidade Estadual do Ceará, Brasil. Bolsista da CAPES; Mestranda do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará, Brasil.

**Danielly Maia de Queiroz.** Enfermeira. Especialista em Saúde da Família e Comunidade na modalidade de Residência pelo Sistema Municipal de Saúde-Escola de Fortaleza. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará, Brasil. Docente (protempore) do Curso de Enfermagem da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira – UNILAB.

**Danielle Dias Fernandes.** Enfermagem pela Universidade de Fortaleza; Especialista em Saúde da Família pela Universidade de Brasília; pós-graduanda em Especialização em Informática em Saúde pela UNIFESP- Universidade Federal de São Paulo; mestranda no Mestrado Acadêmico em Saúde Pública - CMAPS do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da UECE - Universidade Estadual do Ceará na linha de Pesquisa Situação de Saúde da População.

**Diego da Silva Medeiros.** Sociólogo graduado pela Universidade Estadual do Ceará, Brasil. Bolsista CAPES; Mestrando do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará, Brasil.

**Ehrika Vanessa A. Menezes.** Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará; Especialização em Gestão da Qualidade em Serviços de Alimentação pela Universidade Estadual do Ceará ( 2014); Graduação em Nutrição pela Universidade Estadual do Ceará (2011) . Atualmente é docente da Unifor no curso de Nutrição.

**Erasmus Miessa Ruiz.** Psicólogo. Docente Mestrado em Saúde Coletiva.

**Edenúbia Pereira Félix.** Enfermeira. Especialista em Auditoria e Gerenciamento de Serviços Públicos e Privados pela Universidade Christus, Fortaleza – Ceará. Bolsista FUNCAP. Mestranda do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará, Brasil.

**Elaine Neves De Freitas.** Fisioterapeuta. Mestranda do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará, Brasil.

**Elainy P. Mariano.** Nutricionista pela Universidade Estadual do Ceará. Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará, especialista em Nutrição Clínica pela Pós-graduação Gama Filho.

**Elisângela Custódio Rebouças.** Assistente Social da Prefeitura Município do Maracanaú. Especialista em Serviço Social, Políticas Públicas e Direitos Sociais pela Universidade Estadual do Ceará, Brasil. Mestranda do Programa de Pós - Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará, Brasil.

**Francisca Geisa de Souza Passos.** Farmacêutica. Especialista em Farmacologia Clínica pela Faculdade Ateneu. Mestranda do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará, Brasil.

**Gabriela Pires Amâncio.** Mestranda do Programa em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará, Psicóloga pela Universidade Estadual do Ceará. Realiza trabalhos teórico-práticos em relação ao enfrentamento da violência escolar e bullying.

**Helena Alves Carvalho Sampaio.** Nutricionista. Doutora em Farmacologia. Professora Emérita da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Docente do doutorado em Saúde Coletiva da Associação Ampla UECE/Universidade Federal do Ceará /Universidade de Fortaleza. Pesquisadora do CNPq e líder dos grupos de pesquisa Nutrição e Doenças Crônico-Degenerativas e Nutrição Materno-Infantil (UECE).

**Ilvana Lima Verde Gomes.** Enfermeira. Pós-Doutora; doutora em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (2007). Docente da Universidade Estadual do Ceará, coordenadora do comitê de ética em pesquisa do Hospital Geral de Fortaleza e enfermeira - Secretaria de Saúde do Estado do Ceará.

**Irialda Saboia Carvalho.** Enfermeira. Especialista em Gestão, Auditoria e Perícia em Saúde. Mestranda em Saúde Coletiva do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

**Jair Gomes Linard.** Educador Físico. Especialista em Gestão Educacional pela Faculdade entre rios do Piauí – FAERPI (2011). Professor efetivo da rede de ensino pública do município de For-

taleza-Ceará. Mestrando em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará – UECE. Membro do Grupo de Pesquisa em Epidemiologia, Cuidado em Cronicidade e Enfermagem – GRUPECCE.

**Karine Correia Shuster.** Advogada. Odontóloga graduada pela Universidade Federal do Ceará – UFC. Especialista em Saúde da Família. Mestranda em Saúde Coletiva do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará, Brasil.

**Kilma Wanderley Lopes Gomes. Médica.** Doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará, Brasil. Preceptora da Residência de Medicina de Família e Comunidade do município de Fortaleza.

**Larissa Alves Alexandre Moliterno.** Fisioterapeuta graduada pela Faculdade Integrada do Ceará, Brasil. Bolsista FUNCAP; Mestranda do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará, Brasil. Integrante do GRUPECE.

**Lívia Cristina Barros Barreto.** Enfermeira. Especialista Enfermagem em Nefrologia e do trabalho; Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará.

**Lívia Lopes Custódio.** Psicóloga graduada pela Universidade de Fortaleza. Bolsista CAPES. Mestranda do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará, Brasil. Integrante do Grupo de Pesquisa em Enfermagem no Cuidado a Saúde da Criança e do Adolescente – GEPCCA.

**Lourdes Suelen Pontes Costa.** Enfermeira. Bolsista CNPq; Mestranda do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará, Brasil.

**Luana Sarmiento Rodrigues.** Enfermeira. Bolsista FUNCAP; Mestranda do Programa de Pós - Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará, Brasil.

**Lúcia Conde de Oliveira.** Assistente Social. Mestre em Educação pela Universidade Federal do Ceará. Doutora em Saúde Coletiva em Saúde pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Pós - Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Bahia. Docente adjunta do Curso de Serviço Social da Universidade Estadual do Ceará. Docente do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará, Brasil.

**Lucimar Bóh Barbosa.** Fisioterapeuta. Especialista em Traumatologia-Ortopedia com ênfase em terapia manual. Bolsista FUNCAP. Mestranda do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará, Brasil.

**Mariana Pompílio Gomes Cabral.** Psicóloga. Bolsista CAPES; Mestranda do Programa de Pós - Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará, Brasil.

**Márcia Shirley de Menezes.** Enfermeira. Especialista em Saúde Mental pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Especialista em Gerontologia pela Faculdade Ateneu. Mestranda do Programa de Pós - Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará, Brasil.

**Marcelo Gurgel Carlos da Silva.** Médico epidemiologista do Instituto do Câncer. Mestre em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1982). Doutor em Saúde Pública pela Universidade de Paulo (1990). Pós-Doutor em Economia da Saúde pela Universidade de Barcelona. Docente Adjunto do Curso de Medicina, do Programa de Pós-Graduação no Mestrado e Doutorado em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará - UECE. Membro titular da Academia Cearense de Medicina e da Academia Brasileira de Médicos Escritores, e membro honorário da Academia Cearense de Farmácia e da Academia Cearense de Ciências.

**Maria das Graças Barbosa Peixoto.** Enfermeira. Especialista em Saúde Pública e em Planejamento em Saúde pela ENSP/FIOCRUZ (1982-1984). Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará (1998). Docente adjunto da Universidade Estadual do Ceará. Enfermeira sanitarista da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Experiência na área de Ensino e Serviço, com ênfase em Saúde Coletiva, atuando principalmente nas seguintes áreas: Epidemiologia, Planejamento em Saúde, Avaliação em Saúde e Gestão.

**Maria José M. Ramos Lima.** Fisioterapeuta pela Faculdade Integrada do Ceará (2010); Curso de Aprimoramento em Fisioterapia Cardiorespiratória do Hospital de Messejana (2011); Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva e Comunidade de Fortaleza (2012-2014). Especialista em Fisioterapia Cardiovascular e Respiratória pela Universidade de Fortaleza (2012-2013). Mestranda em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará (2015-2016).

**Maria Marlene Marques Ávila.** Nutricionista. Pós-Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade de São Paulo. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará. Docente Associada do Curso de Nutrição e Docente Colaboradora do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará, Brasil. Docente Permanente do Mestrado em Nutrição e Saúde da Universidade Estadual do Ceará.

**Maria da Penha B. Passamai.** Graduada em Ciências Biológicas pela Universidade Federal do Espírito Santo (1981). Doutora em Saúde Coletiva pela Associação ampla UECE/UFC/Unifor (2012). Professora Adjunta da Universidade Estadual do Ceará, e colaboradora no mestrado em Saúde Pública e doutorado em Saúde da criança e do Adolescente da UECE.

**Maria Rocineide Ferreira da Silva.** Enfermeira. Líder do Grupo de Pesquisa Políticas, Saberes e Práticas em Enfermagem e Saúde Coletiva/CNPq. Coordenadora GT Educação Popular e Saúde da ABRASCO; Coordenadora Regional Nordeste 1; Docente do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva Regional Nordeste 1 Rede Unida. Doutorada em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará, Brasil.

**Maria Salete Bessa Jorge.** Enfermeira. Doutora em Enfermagem/ EERP-EEUSP. Pós-doutora em Saúde Coletiva /UNICAMP. Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva- UECE Mestrado e Doutorado. Supervisora do Pós-doutorado, Líder do Grupo de Pesquisa Saúde, Mental Família e Enfermagem/CNPq. Pesquisadora 1B CNPq-Enfermagem.

**Mirian Ferreira Coelho Castelo Branco.** Enfermeira. Especialista em Pesquisa e Inovação em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará, Brasil em parceria com o Programa de

Valorização da Atenção Básica – PROVAB. Docente do Curso de Enfermagem da Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará, Brasil.

**Nara Albuquerque Góes.** Psicóloga. Especialista em Saúde da Família pela Universidade Estadual do Ceará, Brasil(2013); Mestranda do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará.

**Paula Frassinetti Castelo Branco Camurça Fernandes.** Médica. Doutora em Medicina Interna e Terapêutica pela Universidade Federal de São Paulo e Universidade de Londres. Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará, Brasil e Docente do Curso de Medicina da Universidade Estadual do Ceará - UECE.

**Paulo Henrique Dias Quinderé.** Psicólogo. Doutor em Saúde Coletiva (UECE–UFC) pela Universidade Estadual do Ceará (2013), Docente colaborador da Universidade Estadual do Ceará.

**Pedro Alves de Araújo Filho.** Cirurgião – Dentista ESF/SMS Fortaleza. Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade de Fortaleza-Ceará. Preceptor do Núcleo de Odontologia - RIS-ESP/CE Ênfase Saúde da Família e Comunidade. Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará, Brasil.

**Pedro Braga Neto.** Médico pela Universidade Federal do Ceará(2006). Atualmente é médico residente de Anestesiologia na Santa Casa de Misericórdia de Sobral.

**Raquel Sampaio Florêncio.** Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva; Membro do grupo de pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidades e Enfermagem; vinculado à UECE. Interesse nas áreas Saúde Coletiva, Epidemiologia descritiva, analítica e social/crítica, Bioestatística, Pesquisa e Saúde do Adulto/Idoso.

**Sarah Vieira Figueiredo.** Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela UECE. Doutoranda em Saúde Coletiva pela UECE. Integrante do Grupo de Pesquisa Cuidados à Saúde da Criança e do Adolescente e Enfermagem CNPq. Enfermeira Assistencial do Hospital Geral Dr. Waldemar Alcântara. Linhas de pesquisa: Saúde e sociedade/ Saúde da Criança e do adolescente/ Doenças Crônicas/ Políticas Públicas de Saúde.

**Soraia Pinheiro Machado Arruda.** Graduada em Nutrição pela Universidade Estadual do Ceará (2004), mestrado em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (2007) e doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Maranhão (2012). Atualmente é pesquisadora e professora adjunto da Universidade Estadual do Ceará.

**Tamires Layane de Lima.** Enfermeira pela Universidade de Fortaleza, mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará.

**Thereza Maria Magalhães Moreira.** Enfermeira e Advogada. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq-nível 1D. Pós-Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP). Mestre e Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente Adjunto da Universidade Esta-

dual do Ceará (UECE). Docente da Pós-Graduação (Mestrado e Doutorado) da UECE nos Programas: 1) Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde; e 2) Saúde Coletiva. Líder do Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidade em Enfermagem-GRUPECCE-CNPq. Consultora *Ad hoc* periódicos científicos.

**Thalita Soares Rimes.** Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará, Brasil.

**Tulio Batista Franco.** Docente da Universidade Federal Fluminense do Rio de Janeiro.

**Valdicleibe Lira Amorim.** Enfermeira. Especialista em Saúde Coletiva; Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará, Brasil.

