

Daniele Tavares Alves  
Maria Maria Marlene Marques Ávila  
Vanessa Calixto Veras Sanca  
(Organizadoras)

# POLÍTICAS, CONTROLE SOCIAL E ESTRATÉGIAS NA CONSTRUÇÃO DE PRÁTICAS EM SAÚDE COLETIVA

## **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 Frago	Manfredo Ramos
Francisco Horácio da Silva Frota	Marcelo Gurgel Carlos da Silva
Francisco Josênio Camelo Parente	Marcony Silva Cunha
Gisafran Nazareno Mota Jucá	Maria do Socorro Ferreira Osterne
José Ferreira Nunes	Maria Salete Bessa Jorge
Liduina Farias Almeida da Costa	Silvia Maria Nóbrega-Therrien

### **CONSELHO CONSULTIVO**

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

Daniele Tavares Alves  
Maria Marlene Marques Ávila  
Vanessa Calixto Veras Sanca  
(Organizadoras)

# **POLÍTICAS, CONTROLE SOCIAL E ESTRATÉGIAS NA CONSTRUÇÃO DE PRÁTICAS EM SAÚDE COLETIVA**

1ª Edição  
Fortaleza - CE  
2015



**POLÍTICAS, CONTROLE SOCIAL E ESTRATÉGIAS  
NA CONSTRUÇÃO DE PRÁTICAS EM SAÚDE COLETIVA**

© 2015 *Copyright by* Daniele Tavares Alves, Maria Marlene Marques Ávila e Vanessa Calixto Veras  
Sanca

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**

Erasmio Miessa Ruiz

**Diagramação e Capa**

Narcelio de Sousa Lopes

**Revisão de Texto**

Vanda de Magalhães Bastos

**Ficha Catalográfica**

Biblioteca Central Prof. Antônio Martins Filho  
Bibliotecário Responsável – Francisco Welton Silva Rios – CRB-3 / 919

---

P 766 Políticas, controle social e estratégias na construção de práticas em saúde coletiva [livro eletrônico] / Daniele Tavares Alves, Maria Marlene Marques Ávila, Vanessa Calixto Veras Sanca (orgs). – Fortaleza: EdUECE, 2015.

520 p.  
ISBN: 978-85-7826-301-0

1. Políticas públicas de saúde. 2. Controle social. 3. Planejamento em saúde. I. Título.

---

CDD: 610

“ Nós vos pedimos com insistência:  
nunca digam - Isso é natural!  
Diante dos acontecimentos de cada dia,  
numa época em que corre o sangue  
em que o arbitrário tem força de lei,  
em que a humanidade se desumaniza  
não digam nunca: isso é natural  
A fim de que nada passe por imutável.”

Bertolt Brecht

# SUMÁRIO

<b>PREFÁCIO .....</b>	<b>11</b>
-----------------------	-----------

*Luilma Albuquerque Gurgel*

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
-------------------------	-----------

*Daniele Tavares Alves; Maria Marlene Marques Ávila; Vanessa Calixto Veras Sanca*

<b>PARTE I.....</b>	<b>23</b>
---------------------	-----------

## **PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL**

<b>CAPÍTULO 1.....</b>	<b>24</b>
------------------------	-----------

### **CONTROLE SOCIAL E PLANEJAMENTO EM SAÚDE: A TRAJETÓRIA DOS CONSELHEIROS MUNICIPAIS DE SAÚDE**

*Carlos Garcia Filho; José Jackson Coelho Sampaio; Jacirene Gonçalves Lima Franco*

<b>CAPÍTULO 2.....</b>	<b>56</b>
------------------------	-----------

### **DE ESPECTADORES A ATORES SOCIAIS: O CAMI- NHAR DOS CONSELHEIROS DE SAÚDE DO SEG- MENTO DE USUÁRIOS DE UMA CAPITAL BRASILEI- RA**

*Fabiana Sales Vitoriano Uchoa; Lucia Conde de Oliveira; Maria Marlene Marques Ávila*

<b>CAPÍTULO 3.....</b>	<b>84</b>
------------------------	-----------

### **AS ESTRATÉGIAS DE PARTICIPAÇÃO DO CONSE- LHO DE SAÚDE DE CRATO – CE**

*Berenice Temoteo da Silva; Lucia Conde de Oliveira; Maria Marlene Marques Ávila*

**PARTE II ..... 113**  
**POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO CONTEXTO**  
**DOS SISTEMAS**

**CAPÍTULO 4..... 114**  
**PESQUISA CLÍNICA MULTICÊNTRICA NA ATENÇÃO**  
**PRIMÁRIA: QUESTÕES ÉTICAS**

*Edina Silva Costa; Andrea Caprara; Nádia Nogueira Gomes*

**CAPÍTULO 5..... 135**  
**REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL: TECENDO**  
**CONEXÕES OU NÓS?**

*Karine Lima Verde Pessoa; Maria Salete Bessa Jorge*

**CAPÍTULO 6..... 168**  
**PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO EM**  
**SAÚDE MENTAL: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE**  
**USUÁRIOS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

*Juliana Pessoa Costa; Maria Salete Bessa Jorge*

**CAPÍTULO 7..... 194**  
**REGULAÇÃO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE**  
**DE MÉDIA COMPLEXIDADE: PRINCIPAIS ESTRATÉGIAS**

*Maria Homéria Leite de Moraes Sampaio; Lucia Conde de Oliveira; Maria Marlene Marques Ávila*

**CAPÍTULO 8..... 223**  
**POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO COTIDIANO**  
**DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS**

*Sarah Vieira Figueiredo; Aline Mayra Lopes Silva; Ana Carla Carvalho de Sousa; Francisco Trindade Silva; Ilvana Lima Verde Gomes*

**CAPÍTULO 9 ..... 254**  
**PERSPECTIVAS VERSUS ALCANCE: ANÁLISE DA GESTÃO INDIRETA PELOS CONSÓRCIOS PÚBLICOS DE SAÚDE NA ATENÇÃO BUCAL DO CEARÁ**

*Sílvia Morgana Araújo de Oliveira; Marcelo Gurgel Carlos da Silva*

**PARTE III ..... 280**  
**CORPO E NUTRIÇÃO: COMPORTAMENTO ALIMENTAR, ABORDAGEM EDUCATIVA E IMAGEM DE SI**

**CAPÍTULO 10 ..... 281**  
**O PROFISSIONAL DE SAÚDE E EU: ANÁLISE DO PORTADOR DE DIABETES SOBRE A ABORDAGEM EDUCATIVA**

*Sabrina Dantas Sabry; Helena Alves de Carvalho Sampaio*

**CAPÍTULO 11 ..... 307**  
**O COMPORTAMENTO ALIMENTAR E O CONTROLE GLICÊMICO DE DIABÉTICOS**

*Cícera Beatriz Baratta Pinheiro; Sabrina Dantas Sabry; Daianne Cristina Rocha; Helena Alves de Carvalho Sampaio*

**CAPÍTULO 12 ..... 335**  
**CORPO, ASSERTIVIDADE E RELIGIOSIDADE: O AMBIENTE FAMILIAR ENVOLVIDO NA INSATISFAÇÃO COM A IMAGEM DE SI ENTRE UNIVERSITÁRIAS DA ÁREA DA SAÚDE**

*Nara de Andrade Parente; Helena Alves de Carvalho Sampaio; Soraia Pinheiro Machado Arruda; Elzo Pereira Pinto Junior; Antônio Augusto Ferreira Carioca*



**CAPÍTULO 13 ..... 356**

**ÍNDICE GLICÊMICO E CARGA GLICÊMICA DE ALGUNS DOCES CONSUMIDOS NO BRASIL: IMPLICAÇÕES PARA A UTILIZAÇÃO POR PORTADORES DE DIABETES MELLITUS TIPO 2**

*Tatiana Uchôa Passos; Helena Alves de Carvalho Sampaio; Maria Luísa Pereira de Melo; Soraia Pinheiro Machado Arruda*

**CAPÍTULO 14 ..... 385**

**ESQUIZOFRENIA, ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS E NUTRIÇÃO: CONVERGÊNCIAS PARA O DESENVOLVIMENTO DE SÍNDROME METABÓLICA**

*Antônio Augusto Ferreira; Carioca Juliana Sampaio Batista; Helena Alves de Carvalho Sampaio*

**CAPÍTULO 15 ..... 435**

**SÍNDROME METABÓLICA EM ADULTOS JOVENS ESCOLARES: CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E DESCRIÇÃO DOS CRITÉRIOS MÍNIMOS PARA O DIAGNÓSTICO**

*Vagner Rodrigues Silva Junior; Thereza Maria Magalhães Moreira*

**PARTE IV ..... 461**

**TEMAS EM SAÚDE**

**CAPÍTULO 16 ..... 462**

**TUBERCULOSE BOVINA: PREVALÊNCIA EM ASSENTAMENTOS RURAIS DO MUNICÍPIO DE QUIXERAMOBIM, SERTÃO CENTRAL DO ESTADO DO CEARÁ, BRASIL**

*Edney Taunay Santos do Nascimento; José Wellington de Oliveira Lima*

**CAPÍTULO 17 .....474**

**PERCEPÇÕES E SENTIMENTOS DE EDUCADORES  
ACERCA DO *BULLYING* NA ESCOLA**

*Luiza Luana de Araújo Lira Bezerra; Ivana Lima Verde Gomes*

**SOBRE OS AUTORES.....513**

## PREFÁCIO

A Saúde Coletiva é um campo de conhecimento responsável por estudar o fenômeno saúde-doença em populações; investigar a produção e a distribuição das doenças na sociedade; analisar as práticas de saúde; além de procurar compreender o modo como a sociedade identifica suas necessidades e seus problemas de saúde, buscando enfrentá-los. É um campo interdisciplinar de conhecimentos, articulando saberes com o objetivo de estudar o processo saúde-doença em sua dimensão coletiva ou populacional.

No Brasil, o primeiro curso de Pós-graduação na área de Saúde Coletiva foi criado em 1971. Na Universidade Estadual do Ceará (UECE), o Mestrado em Saúde Pública foi aprovado, internamente, em 1993, pela Resolução nº 681/93-CEPE, de 30 de setembro de 1993, e criado pela Resolução nº 103/93-CONSU, de 5 de novembro de 1993. Sua primeira turma foi matriculada no ano seguinte, 1994. O Mestrado foi criado com o objetivo de formar mestres em Saúde Pública, capacitados a desenvolver ensino, pesquisa e prestação de serviços no campo de referência, por meio de formação de competência técnica e consciência crítica derivadas de uma compreensão do processo saúde/doença como integrante do conceito de qualidade de vida, ambos bio-psico-socialmente determinados.

O Doutorado em Saúde Coletiva da UECE foi criado posteriormente, e teve seu projeto aprovado, internamente, em 2013, pela Resolução nº 3518/13-CEPE, de 30 de abril de 2013, tendo sido criado internamente pela Resolução nº 976/13-CONSU, de 6 de maio de 2013. Sua primeira

turma foi matriculada em 2014 e, com a sua implantação, nasceu o Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPSAC), composto pelo Doutorado recém-formado e pelo Mestrado em Saúde Pública, que teve seu nome alterado para Mestrado em Saúde Coletiva.

O Doutorado em Saúde Coletiva tem como objetivos formar cientistas em saúde coletiva bem como profissionais qualificados para o exercício da pesquisa, ensino e extensão, considerados indissociáveis neste campo; incentivar a pesquisa na área, sob as perspectivas multidisciplinares, interdisciplinares e transdisciplinares; produzir, divulgar e aplicar conhecimento na área de Saúde Coletiva, considerando as necessidades do sistema de saúde e a realidade social, econômica, cultural e de saúde do Estado do Ceará, em caráter prioritário, mas, também, considerando as realidades verificadas em diferentes regiões brasileiras e em outros países, bem como fomentar a formulação e consolidação de métodos de pesquisa a partir das mudanças na formação profissional para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), mediante as práticas desenvolvidas nos serviços de saúde e os conhecimentos produzidos nas políticas de saúde, planejamento, gestão e avaliação de serviços de saúde, educação, trabalho e cuidado em saúde.

O Mestrado em Saúde Coletiva formou, nos últimos 21 anos, mestres que hoje atuam em diversos campos tais como universidades, escolas, na gestão da política do SUS e no gerenciamento de unidades de saúde. Um dos focos do Mestrado tem sido a qualificação de profissionais que atuam nos serviços e na gestão do SUS, considerando a necessidade de avaliação contínua de suas práticas e a apresentação de

produtos dos trabalhos de conclusão de curso que possam ser aplicados no aperfeiçoamento do sistema.

O PPSAC qualifica profissionais de saúde atuantes no SUS para avaliar as políticas públicas, as práticas profissionais, formular propostas de intervenção e contribuir para a qualificação do modelo de atenção e gestão da saúde bem como dos processos de trabalho em saúde; capacitar profissionais capazes de fazer a análise crítica de processos de trabalho, da gestão do cuidado e da educação permanente em saúde, com foco na micropolítica, considerando as mudanças das práticas, do cuidado, da gestão, da educação e da participação da comunidade; instrumentalizar os profissionais de saúde para desenvolverem suas ações tendo como diretrizes as concepções de saúde coletiva, o trabalho em equipe e a interdisciplinaridade, na perspectiva da abordagem dos problemas de saúde nos espaços sociais, locais e regionais; incentivar a pesquisa na área da Saúde Coletiva, sob as perspectivas multidisciplinares e interdisciplinares; e produzir, divulgar e aplicar o conhecimento na área de Saúde Coletiva, considerando as necessidades do sistema de saúde e a realidade social, econômica, cultural e de saúde do estado do Ceará, em caráter prioritário, mas também considerando tais realidades verificadas em diferentes regiões brasileiras e em outros países.

Diante de tamanho desafio, compreendemos o esforço que todo o corpo docente e discente tem desempenhado no sentido do êxito do PPSAC. A publicação, para divulgação do conhecimento, das pesquisas desenvolvidas pelos alunos, professores e egressos, tem sido intensamente estimulada. Anualmente, tem-se publicado alguns dos prin-

cipais estudos desenvolvidos na forma de livros em formato físico. Este ano, optou-se pelo formato digital (*e-book*), por entender que este facilita o compartilhamento das informações contidas em seu interior, além de ter custo reduzido em comparação aos livros em formato físico.

Este livro apresenta parte da produção dos egressos do Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva referente aos anos 2011, 2012 e 2013. Ressaltamos o mérito de todos aqueles que contribuíram para esta obra, mostrando o compromisso com o PPSAC e com a UECE. Certamente, estes foram “contaminados” pelo espírito do trabalho em equipe que permeia o programa, sendo este um local de encontros harmoniosos e produtivos.

As pesquisas aqui apresentadas possuem em comum o mesmo campo de conhecimento, a Saúde Coletiva, contudo, apresentam conteúdos distintos que permitiram sua divisão em quatro partes: Parte I – Participação e controle social; Parte II – Políticas públicas de saúde no contexto dos sistemas; Parte III – Corpo e nutrição: comportamento alimentar, abordagem educativa e imagem de si; Parte IV – Temas em saúde.

Os capítulos foram construídos pelos egressos e respectivos orientadores, representando recortes das dissertações e expressam a qualidade das pesquisas desenvolvidas no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UECE.

**Luilma Albuquerque Gurgel**

*Fisioterapeuta.*

*Doutora em Farmacologia pela Universidade Federal do Ceará.*

*Professora adjunto referência do Curso de Licenciatura em Educação*

*Física, da Universidade Estadual do Ceará.*

## INTRODUÇÃO

**Daniele Tavares Alves**  
**Maria Marlene Marques Ávila**  
**Vanessa Calixto Veras Sanca**

As modificações no cenário político-sanitário brasileiro, no final da década de 1970, foram decisivas para reconfigurar a política de saúde no país. O Movimento da Reforma Sanitária propiciou a edificação do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da ampliação do conceito de saúde e da mudança na organização dos serviços. O movimento de formação e institucionalização da saúde coletiva esteve ativamente associado a este processo.

A saúde coletiva exige um constante revisitar-se em seu escopo técnico, teórico e político. Uma saúde integral, universal e acessível a todos não está posta e acabada, pois muitos são os desafios cotidianos na construção e implementação do projeto de saúde como direito.

As pesquisas no campo da saúde coletiva têm um importante papel no fortalecimento das políticas de saúde contribuindo com a avaliação, planejamento, gestão de serviços, educação permanente dos trabalhadores, controle social, produção de tecnologias da saúde, medicamentos e insumos, além de propiciarem novas formas de fazeres que consolidam o próprio campo. Este fortalecimento se faz necessário e urgente, pois são muitas frentes de ataque ao Sistema Único de Saúde; para citar algumas: a política neo-

liberal de privatização que, diariamente, vai desarticulando os discursos, as práticas, os modelos de atenção e os vínculos empregatícios dos trabalhadores da saúde que se encontram precarizados no mundo contemporâneo; a fragilidade da regulação do capital financeiro no mundo globalizado e suas nocivas influências sobre o setor saúde, por fim, a mídia a serviço do poder dominante.

Com o intuito de ampliar a leitura e a intervenção sobre as necessidades da população, novas estratégias precisam ser elaboradas e afirmadas, visando a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS. A defesa da política de saúde nestes moldes envolve garantir a existência da saúde como direito, possibilitar a apreensão ampliada do processo saúde-doença e desenvolver práticas que busquem articular assistência, prevenção e promoção de modo adequado a cada realidade específica – nos níveis individual e coletivo –, no contexto amplo que compreende a saúde como socialmente determinada.

A produção acadêmica tem o compromisso ético, político e científico com a sociedade na produção de pesquisas que contribuam para o aperfeiçoamento civilizatório das políticas de saúde. O Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPSAC) da Universidade Estadual do Ceará (UECE), mediante tal compromisso, organizou este livro que deriva das dissertações dos egressos do PPSAC nos anos de 2011, 2012 e 2013. Os estudos estão organizados em 17 capítulos e divididos em quatro partes: i) Participação e Controle Social; ii) Políticas Públicas de Saúde no Contexto dos Sistemas; iii) Corpo e Nutrição: Comportamento Alimentar, Abordagem Educativa e Imagem de Si; e iv) Temas em Saúde.



A primeira parte – Participação e Controle Social –, se compõe de três capítulos. O primeiro capítulo, “Controle social e planejamento em saúde: a trajetória dos conselheiros municipais de saúde”, apresenta ao leitor um questionamento sobre as mediações entre os diversos representantes dos segmentos usuário, trabalhador de saúde, governo e estabelecimento de saúde, em um Conselho Municipal de Saúde. A partir de um instigante estudo de caso, os autores apontam as contradições e tensões entre a democracia participativa e as velhas práticas de se fazer política coabitando no universo do controle social.

O segundo capítulo “De espectadores a atores sociais: o caminhar dos conselheiros de saúde do segmento de usuários de uma capital brasileira” segue discutindo a temática do controle social pesquisando a trajetória dos conselheiros de saúde do segmento usuários no espaço do conselho local de saúde. Trata-se de um estudo crítico reflexivo sobre a construção sócio-político-histórico-cultural deste importante ator da participação social no SUS.

Encerrando a primeira parte do livro, o terceiro capítulo “As estratégias de participação do Conselho de Saúde do Crato-CE” tem como pressuposto a participação social enquanto estratégia de fortalecimento do SUS. O campo do estudo, um Conselho Municipal de Saúde, com ênfase nos segmentos usuário e trabalhadores da saúde, apresenta importantes reflexões sobre a mobilização social, a relação entre representantes e representados e o papel do movimento social no fortalecimento do controle social.

A segunda parte – **Políticas Públicas de Saúde no Contexto dos Sistemas** – é constituída por seis capítulos.

Inicia com o capítulo intitulado “Pesquisa clínica multicêntrica na atenção primária: questões éticas”. Abordando o tema da ética nas pesquisas clínicas multicêntricas, o texto insere o leitor nas dificuldades éticas que, muitas vezes, permeiam o processo de implantação e desenvolvimento de uma pesquisa desta natureza. O estudo compôs a “Pesquisa Clínica Multicêntrica na Atenção Primária” realizada em seis países: Vietnã, Malásia, Indonésia, Camboja, Alemanha e o Brasil.

O Capítulo 5, “Rede de Atenção à Saúde Mental: tecendo conexões ou nós?”, abordando o tema da Rede de Saúde Mental, discute os principais aspectos do cotidiano dos trabalhadores e usuários a partir dos desafios apontados pelos profissionais na busca pela efetivação do cuidado interdisciplinar e intersetorial necessário à integralidade do cuidado em saúde mental.

A abordagem da temática continua no Capítulo 6, “O processo de desinstitucionalização em saúde mental: representações sociais dos profissionais de saúde”, no qual as autoras interrogam como se estruturam e se organizam as práticas dos profissionais para uma atenção em saúde mental efetiva. Em sua busca, investigaram as representações sociais de profissionais e usuários de um Centro de Apoio Psicossocial e de uma unidade da Estratégia de Saúde da Família, para entender como esses atores representam o processo de desinstitucionalização, Reforma Psiquiátrica e internação psiquiátrica.

O Capítulo 7, “Regulação do acesso aos Serviços de Saúde de Média Complexidade: principais estratégias”, analisa o acesso aos serviços de saúde de média complexidade

com ênfase na regulação deste acesso. As autoras identificam as principais estratégias, limites e possibilidades envolvidos no processo e trazem para o debate a oportuna reflexão em torno da falta de resolubilidade por parte da atenção básica e a repercussão deste fato nos serviços de média complexidade.

A temática do direito de pessoas com necessidades especiais é abordada no Capítulo 8, “Políticas públicas de saúde no cotidiano de crianças e adolescentes com necessidades especiais”, em que os autores, a partir da vivência das famílias, interrogam sobre a existência de políticas públicas para crianças e adolescentes com mielomeningocele. O estudo vislumbra a importância de se discutir em conjunto – profissionais de saúde, familiares e poder público – a construção de estratégias que viabilizem a realização do direito na perspectiva do acesso.

A temática da gestão dos serviços é abordada no Capítulo 9, “Perspectivas *versus* Alcance: análise da gestão indireta pelos consórcios públicos de saúde na Atenção Bucal do Ceará”. Tendo como cenário os Centros de Especialidades Odontológicas Regionais, o estudo traz importante contribuição para a análise da gestão na perspectiva dos custos, transparência e destinação dos recursos.

No Capítulo 10, “O profissional de saúde e eu: análise do portador de diabetes sobre a abordagem educativa”, as autoras trazem algumas indagações em torno das ações de educação em saúde para as pessoas com diabetes, examinando a compreensão das orientações profissionais e as barreiras identificadas para a realização das ações e apresentam estratégias de reorientação das competências profissionais nas práticas educativas em diabetes.

O tema alimentação e diabetes é também abordado no Capítulo 11, “O comportamento alimentar e o controle glicêmico de diabéticos”, no qual as autoras problematizam o controle glicêmico em pessoas com diabetes tipo 2, de forma a contribuir com os planos alimentares propostos e a consequente qualidade de vida. O trabalho reflete sobre a necessidade de compreensão dos aspectos que influenciam a alimentação de portadores de diabetes bem como das pessoas, de forma geral, na realização do atendimento integral à saúde.

A terceira parte da coletânea – **Corpo e Nutrição: comportamento alimentar, abordagem educativa e imagem de si** – é composta por seis capítulos. O Capítulo 12, “Corpo, assertividade e religiosidade: o ambiente familiar envolvido na insatisfação com a imagem de si entre universitárias da área da saúde”, tem como eixo condutor a correlação entre imagem corporal e ambiente familiar, a partir de um estudo envolvendo estudantes da área da saúde. O texto apresenta importantes contribuições sobre as ações educativas de intervenção junto aos estudantes universitários, enfatizando o diagnóstico precoce dos transtornos alimentares e outras enfermidades psíquicas relacionadas ao peso e à auto-percepção da imagem corporal.

O Capítulo 13, “Índice glicêmico e carga glicêmica dietéticos de alguns doces consumidos no Brasil: implicações para utilização por portadores de Diabetes *Mellitus* tipo 2” contribui com a promoção da alimentação adequada de portadores de diabéticos e, também, de pessoas saudáveis, esclarecendo sobre o consumo de doces com baixo impacto glicêmico.

No Capítulo 14, “Esquizofrenia, antipsicóticos atípicos e nutrição: convergências para o desenvolvimento de síndrome metabólica”, as autoras problematizam a inter-relação entre esquizofrenia, uso de antipsicóticos atípicos, dieta e ocorrência de síndrome metabólica em um grupo de pacientes atendidos em um serviço de saúde mental. O estudo traz oportunas contribuições na compreensão desta questão, dado o significativo aumento do uso de antipsicóticos atípicos nos últimos anos, o que repercute tanto na prática clínica diária como no sistema público de saúde.

A síndrome metabólica é a temática do Capítulo 15 intitulado “Síndrome metabólica em adultos jovens escolares: caracterização sociodemográfica e descrição dos critérios mínimos para o diagnóstico” no qual os autores apresentam a caracterização sociodemográfica de adultos jovens escolares, descrevem a frequência de casos dos componentes mínimos para diagnósticos de Síndrome Metabólica neste público e discutem estratégias de prevenção.

Finalmente a quarta parte do livro – Temas em Saúde – é constituída por dois capítulos. No Capítulo 16, “Tuberculose bovina: prevalência em assentamentos rurais do Município de Quixeramobim, Sertão Central do Estado do Ceará, Brasil”, os autores discutem as dificuldades envolvidas na sistematização da prevalência da tuberculose animal e, diante da relevância dos fatores de risco da tuberculose zoonótica, estimam a prevalência da tuberculose bovina em assentamentos rurais. Apresentam, ainda, uma reflexão sobre as estratégias de manejo de controle da doença.

O fenômeno do *bullying* é abordado no Capítulo 17, “Percepção de Educadores acerca do *Bullying* na Escola”, no

qual as autoras abordam este fenômeno no contexto escolar sob várias nuances: preconceitos, intolerâncias e outras expressões. As autoras propõem esse debate sob o olhar dos educadores, analisando o entendimento sobre *bullying*, os prejuízos dele decorrentes, os sentimentos provocados e a identificação de estratégias de enfrentamento, visando construir outro tipo de sociabilidade no espaço escolar.

# PARTE I

## PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

## CAPÍTULO 1

### CONTROLE SOCIAL E PLANEJAMENTO EM SAÚDE: A TRAJETÓRIA DOS CONSELHEIROS MUNICIPAIS DE SAÚDE

Carlos Garcia Filho  
José Jackson Coelho Sampaio  
Jacirene Gonçalves Lima Franco

#### INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi concebido, durante o processo de redemocratização do Estado brasileiro, tal qual um esforço civilizatório, subvertendo a lógica da saúde como mercadoria ou caridade e postulando-a como direito social e dever do estado. Assim, não se pode compreender este processo sem considerar as contradições do desenvolvimento histórico brasileiro: país latino-americano, capitalista, periférico e dependente.

As representações chanceladas pela Medicina ocidental predominam sobre as outras representações do processo saúde-doença, constituindo seu discurso como saber hegemônico no nível individual, clínico, coletivo e epidemiológico. O grande desafio para o planejamento em saúde é articular o conhecimento da Epidemiologia com as representações sobre saúde, doença e atenção à saúde dos diferentes grupos de uma população. Esta proposta aponta para a



radicalização da participação popular, para a descentralização e para a democratização (TEIXEIRA, 1999).

A Constituição de 1988 registra a participação da comunidade como uma das diretrizes do SUS. A Lei nº 8.142/1990 regulamenta esta participação por meio de duas instâncias colegiadas: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde. Este último é descrito como:

O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (BRASIL, 1990).

Os Conselhos de Saúde se constituem como espaços institucionalizados de discussão e deliberação do SUS nas três esferas administrativas. Presentes em todos os estados da federação e em funcionamento há vinte e cinco anos, proporcionam um fenômeno inédito da democracia participativa na América Latina. Ao se analisar seu funcionamento, encontram-se problemas típicos de conselhos gestores, como a dificuldade de gerenciar os conflitos e de manter um alto grau de envolvimento de seus membros. Por outro lado, há desafios que parecem relacionados a traços característicos do modo de fazer política na recente democracia brasileira, com a assimetria de poderes, o despotismo burocrático, o

clientelismo, o fisiologismo e o desrespeito pela *res publica* (LABRA, 2008).

O objetivo desta pesquisa foi compreender como são instituídas as mediações políticas e ideológicas entre os representantes dos segmentos usuários, governo, trabalhadores de saúde e prestadores de serviços de saúde em um conselho municipal de saúde.

## PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo de caso qualitativo realizado na lógica da pesquisa-ação.

A pesquisa qualitativa sobre políticas e gestão pública enfrenta o desafio teórico e metodológico de conciliar a necessidade científica de compreender fenômenos complexos com a urgência política de oferecer soluções concisas e operacionalizáveis. Uma proposta de construção do conhecimento que engaje política, pesquisa e prática é fundamental para o desenvolvimento e a análise de novas intervenções na esfera pública (TORRANCE, 2011).

A definição de pesquisa-ação não é simples. De fato, pode ser caracterizada como um estilo de pesquisa mais do que como um método específico. Seu foco está, principalmente, na ação e busca de soluções para problemas concretos. A participação necessária para a intervenção implica em tensionamento da fronteira estática entre pesquisador e pesquisado. Esta abordagem se mostra útil para pesquisar inovações em saúde, tanto no campo organizacional quanto político, pois é capaz de implantá-las e avaliá-las de modo crítico, colaborativo e democrático (MEYER, 2009).

O estudo foi realizado no Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Iguatu. A escolha deste campo de pesquisa foi intencional e decorrente de sua disponibilidade: dois dentre os pesquisadores são funcionários da rede municipal de saúde e seu engajamento na atenção e gestão da saúde e a disposição para implementar novas práticas neste campo estão alinhados com os pressupostos da pesquisa-ação.

O desenvolvimento do estudo se deu no período entre maio de 2014 e junho de 2015. Foram procedimentos de investigação, a observação, a ação e a reflexão, sistematizadas em forma de narrativa e desempenhadas por dois profissionais/pesquisadores que participaram das reuniões ordinárias e extraordinárias do CMS de Iguatu e de outros eventos relacionados ao controle social de abrangência municipal. Quatro entrevistas semiestruturadas foram realizadas com representantes dos diferentes segmentos para aprofundamento da discussão estabelecida pelos pesquisadores. Esses informantes foram identificados pelos pesquisadores como informantes-chave.

Para a interpretação dos dados, foram utilizados os procedimentos de análise do discurso propostos por Orlandi (1999), com as adaptações de Sampaio (1998). Este referencial considera o discurso como uma mediação por meio da linguagem entre o homem e a realidade social e natural para a produção de significado.

Esta pesquisa é um recorte do projeto “Articulação entre Epidemiologia e Planejamento em Saúde: estudo interdisciplinar de caso em Iguatu-CE”. O projeto foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará que emitiu parecer favorável do sob o nº 634.119.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Iguatu se situa no centro da região Centro-Sul do Ceará. A área do município é de 1.029,214 km<sup>2</sup>. A população atingiu 100.733 habitantes, em 2014. Em 2010, o Produto Interno Bruto (PIB) a preços correntes de Iguatu superou 760 milhões de reais. O setor de serviços apresenta a maior parcela do PIB (69,95%), seguido pela indústria (14,30%) e agropecuária (3,92%). O PIB *per capita* foi de R\$ 7.906,82. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), em 2010, foi 0,677. Considerando dados de 1991 (0,394) e 2000 (0,546), esse indicador se elevou do estrato muito baixo para o médio, segundo o IBGE.

A taxa de analfabetismo funcional na população de 15 anos de idade ou mais foi reduzida de 30,79% (2000) para 23,17% (2010). Esse indicador apresentou melhoria, contudo, persiste em condição inferior ao resultado estadual, em 2000 (26,54%), e 2010 (18,78%). Em 2010, a taxa de escolarização líquida no Ensino Fundamental foi de 90,6%, em Iguatu, e de 91,4%, no Ceará. No Ensino Médio, a taxa foi de 52,9%, no município, e de 47,8%, no estado (CEARÁ, 2013).

A transição epidemiológica acompanha a transição demográfica. O perfil de mortalidade se caracteriza pela elevada incidência das doenças crônicas não transmissíveis e pela diminuição das doenças infectocontagiosas. As causas externas, principalmente acidentes com motocicletas, constituem causa de óbito relevante entre adultos jovens. A mortalidade infantil foi reduzida e se concentra no período neonatal precoce (DATASUS, 2015).

A contextualização histórica do SUS no Município revela pioneirismo e capacidade de inovação. A implantação do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), do Programa Saúde da Família (PSF), do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e da Escola de Saúde Pública de Iguatu (ESPI) indica protagonismo regional e nacional, que se torna mais relevante quando colocado no contexto socioeconômico adverso que caracteriza, *grasso modo*, o sertão cearense.

O CMS de Iguatu foi instituído pela Lei Municipal nº 201/1992 e tem Regimento Interno próprio, aprovado em outubro de 1996, revisado em junho de 1997 e, atualmente, em nova revisão. O colegiado conta com uma comissão permanente instalada, a Comissão de Orçamento e Finanças. Quanto aos representantes, há dezesseis membros titulares e dezesseis suplentes. Os representantes titulares de usuários são oito com seus respectivos suplentes.

A VI Conferência Municipal de Saúde ocorreu em junho de 2015. Em 2014, foram realizados o Fórum de Saúde Mental de Iguatu e a Conferência Regional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. As conferências gerais e as setoriais ocorrem de modo periódico, mas, de acordo com a indução do calendário prescrito pelo Ministério da Saúde. Os movimentos populares e sindicais se constituem como expectadores desta agenda, colaborando com a organização dos eventos, mas sem desempenhar o papel de protagonista assumido pela Secretaria Municipal de Saúde.

Segundo Oliveira e Pinheiro (2010), observa-se, na prática concreta dos conselhos municipais de saúde, uma relação contraditória entre conquista e outorga da participação política. O direito à participação foi estabelecido por meio

de processo de luta, contudo, muitos conselhos foram criados por iniciativa dos gestores e por necessidade legal.

Saúde e Doença: as representações sobre saúde e doença dos conselheiros podem ser consideradas como a moldura de sua perspectiva de participação no CMS de Iguatu. Espera-se que exista alguma coerência entre a visão sobre saúde e doença e a postura diante das discussões e deliberações:

Na minha concepção saúde é a ausência de doença, é corpo são, mente sã. É minha concepção de saúde. E doença é quando o corpo está passando por certas dificuldades, pode ser psicológica, pode ser e é, então, isso é doença. É quando o corpo não está bem, está fragilizado, vamos dizer assim. Nesse processo, para que a população tenha qualidade de vida, primeiro passa por ter os elementos necessários, a exemplo: trabalho, moradia, lazer, com tudo isso se previne a doença, quando você tem todos esses instrumentos (Representante dos Usuários).

Existe uma contradição entre a visão de saúde individual, do “corpo” restrita à “ausência de doença” e a visão de saúde coletiva, da “população” abrangente e envolvendo a promoção de saúde com “trabalho, moradia, lazer”. Embora contraditória internamente, essa visão é coerente com a posição do representante dos usuários durante as discussões nas reuniões, pois milita por melhorias nas condições gerais de vida da população e, ao mesmo tempo, apresenta uma visão medicalizada da saúde individual.

A transformação de experiências existenciais, como a dor, a enfermidade, a doença e a morte, em um conjunto de barreiras ao bem-estar individual que devem ser combatidas por meio do consumo de bens e serviços monopolizados pela instituição médica é uma característica das concepções ocidentais contemporâneas sobre saúde, doença e atenção à saúde (ILLICH, 1975). Os demais informantes compartilham, em certo grau, esta visão sobre saúde e doença:

Saúde é bem-estar, saúde é prevenir. Prevenção é o melhor para a saúde, de contrapartida evita as doenças. Você tendo uma ação de prevenção, aí eu cito até um equipamento que foi lançado pelo governo federal que buscou visionar, visar isso aí. Tanto os PSFs de atenção básica, depois veio o NASF. Todos trabalhando a ação preventiva da saúde, para evitar justamente a doença. [...] Se fosse para dar uma nota de 0 a 10, eu daria um 6; porque falta muita coisa a ser feita, como com relação a exames. Principalmente exames em que a demora é muito grande para receber. Temos mais especialistas na área médica é muito difícil; tem especialistas que nem tem, como no caso de neurologista (Representante dos Trabalhadores).

O início do discurso remete aos slogans das campanhas de saúde oficiais, porém, depois de afirmar que “saúde é prevenir”, o entrevistado tenta elaborar, embora de forma incipiente, a relação entre Atenção Primária à Saúde (APS), promoção da saúde e prevenção de doenças. Ao avaliar o sis-

tema municipal de saúde, indica como principais fragilidades o acesso a exames e consultas com especialistas e é neste momento que apresenta maior segurança em seu discurso. Há uma contradição entre o objetivo da saúde, “prevenir” e os motivos de o Município não ter uma saúde “nota 10”: a carência de exames e consultas com especialistas, afinal, o entrevistado reconhece os serviços da APS como os mais efetivos para concretizar a promoção da saúde e a prevenção de doenças.

O discurso do representante do governo é peculiar, pois tenta descrever qual seria a visão da população sobre a saúde e a doença, indicando uma distância entre a prescrição das políticas de saúde e os desejos da população:

O desenho do Ministério da Saúde para com a promoção da saúde e prevenção é muito bonito. Mas, assim, vindo para a realidade, quando a gente vai trabalhar com essa promoção à saúde, que é o desenho da estratégia saúde da família, que trabalha a promoção e a prevenção, a população, ela, não dá valor a isso. O que a população dá valor é ao atendimento em si e... à receita do medicamento, à solicitação do exame, não à parte da promoção e prevenção da educação em saúde; era minha angústia, enquanto [...] do PSF, que eu procurava trabalhar nesse sentido e muitas vezes a gente não via a valorização da população, o entendimento (Representante do Governo).



Aqui, o foco é modificado, o entrevistado constata que os usuários do SUS local tendem a valorizar mais as intervenções médicas curativas do que ações de promoção e educação em saúde. A população, de certa forma, é apontada como responsável por esta inversão dos princípios do SUS. O conselheiro não estabelece uma crítica aos determinantes da medicalização da saúde, no entanto, defende a estratégia das políticas de promoção à saúde, culpando a ignorância da população, pois faltaria “entendimento”.

Estudando o controle social de Florianópolis, Grittotti, Patrício e Silva (2010) apontaram que os usuários da APS reclamaram das atividades de grupo oferecidas, alegando que elas tomavam o tempo de consultas e atendimentos curativos. Por outro lado, os usuários expressaram a necessidade de serem ouvidos pelos profissionais de saúde. Nas reuniões do CMS de Iguatu, evidenciou-se, também, esta articulação entre visões contraditórias sobre saúde, no mesmo segmento de representantes e, até, no mesmo indivíduo.

A visão sobre saúde e doença do representante dos prestadores de serviços se encontra no extremo do espectro da medicalização, inclusive, reduzindo a prevenção de doenças à realização de exames periódicos:

Olha, saúde é você fazer a sua prevenção, os seus cuidados periódicos para que você não possa se acometer de uma doença futura. [...] Olha é como acabei de falar, cada um tem que fazer a sua prevenção. O sistema de saúde no Município, ele oferece, que não seja 100%, mas que ele tem seus serviços de saúde; o que falta nas pessoas é que elas têm que ter a preocupação do

dia a dia. Se prevenir, se preocupar. Vou dar um exemplo: nós sabemos que tem muitos casos de câncer de mama, câncer de próstata, hoje a gente sabe que precisa de mais agilidade nos exames, nós precisamos do exame complementar a mamografia. Nós precisamos de informações para os homens que são preconceituosos nessa questão de prevenir; fazer seus exames periódicos, ou seja, após sua idade de fazer seu exame de próstata (Representante dos prestadores).

A responsabilidade individual pelos cuidados de saúde é levada ao extremo, pois “cada um tem que fazer a sua prevenção” e esta prevenção se resume à realização de exames complementares e consultas especializadas e ao fornecimento de informações para convencer a população a realizar mais exames complementares e mais consultas especializadas.

Embora todos os entrevistados compartilhem uma visão medicalizada do processo saúde-doença, pode-se observar que ela segue um gradiente, sendo mais evidente nos representantes dos trabalhadores e dos prestadores.

Representação e Publicidade: a Resolução nº 333, de 4 de novembro de 2003, determina que o CMS deve ser composto por representantes de usuários, de trabalhadores de saúde, do governo e de prestadores de serviços de saúde. Os pesquisadores observaram, durante as reuniões do CMS de Iguatu, que, em alguns momentos, os conselheiros não conseguiam definir com clareza qual segmento representavam. O primeiro motivo é que a grande maioria se considera usuário do SUS, portanto, assume esta posição. O segun-

do motivo é a identificação e a promiscuidade com a gestão municipal:

A minha primeira gestão dentro do Conselho foi através da Secretaria de Saúde, na qual eu trabalhava. E aí a gente começou a participar das reuniões do conselho, e aí quando houve uma escolha para a diretoria do conselho, eu fiz parte, eu me candidatei, e não fui o escolhido para presidente do conselho de saúde, mas fiz parte da eleição do conselho. Dai para cá fiquei como conselheiro. Fui escolhido pela entidade da qual eu fazia parte como conselheiro. A princípio representava as associações de moradores e depois fui representar os prestadores de serviço do SUS (Representante dos Prestadores).

Existe uma alternância do segmento representado sem alternância de representante. Esta lógica peculiar de representação é coerente com o uso dos termos “escolha” e “escolhido” para se referir ao modo de seleção dos conselheiros, pois os termos “eleição” e “eleito” não poderiam ser usados sem causar um estranhamento ainda maior sobre o processo. Outro dos entrevistados, embora de modo menos explícito, apresentou dificuldade similar: “No caso, aqui, a gente da Secretaria de Saúde que faz parte do Conselho, enquanto funcionário da gestão, funcionário de nível superior” (Representante dos Trabalhadores).

A legislação define o segmento como “trabalhadores de saúde”, o entrevistado opta por “funcionário da gestão”, afinal é “gente da Secretaria de Saúde”. A identificação prin-

principal dos dois representantes é com a gestão na qual ocupam cargos comissionados. A Resolução nº 333/2003 orienta que esta situação deve ser avaliada como possível impedimento para o exercício da representação, mas deixa esta decisão ao juízo da entidade que o conselheiro representa. Dessa forma, é necessário, também, questionar como se dá a relação entre representantes e entidades:

Infelizmente, depois das reuniões, a gente não tem o feedback com os outros profissionais, em relação aos assuntos tratados no Conselho. Acho que seria aí uma forma, digo assim, não uma forma, um pecado que a gente comete enquanto Conselho e também enquanto profissional da saúde. Poucos sabem, acredito que nem cinco por cento saiba que eu faço parte do Conselho (Representante dos Trabalhadores).

Novamente, o termo “trabalhadores” não é utilizado, preferindo-se “profissionais”. “Trabalhador” carrega a densidade simbólica de “trabalho”, atividade inerente humana e universal. “Funcionário” se relaciona ao serviço público e a sua contraposição ao setor privado, onde estão os operários. “Profissional” remete ao corporativismo e às disputas entre as profissões por prestígio. “Funcionário” e “Profissional” indicam, portanto, um sectarismo sutil. A escolha destes termos no discurso é coerente com a fragilidade geral da representatividade deste entrevistado.

O entrevistado admite que o relacionamento com a sua base não existe. Se existisse seria apenas um *feedback*, ou seja, repasse de informações. Não é surpresa que os traba-

lhadores representados pelo conselheiro não o conheçam; de fato, parece que ele também não os conhece, ou reconhece, como trabalhadores, mas, apenas como profissionais ou funcionários. O momento ideal para o feedback é “depois das reuniões”, o que reforça a perspectiva de que a base é uma expectadora do processo deliberativo do Conselho.

A postura do representante dos usuários é inteiramente oposta. Esse entrevistado não apresenta dúvidas quanto ao segmento que representa e afirma: “Usuário. Sempre eu defendi o movimento popular, a participação popular, o controle social, sempre nessa linha” (Representante dos usuários).

O discurso é enfático quanto à identificação do conselheiro com a luta pelo controle social no SUS e à persistência dessa opção política. Sua relação com a entidade que representa segue uma perspectiva bastante coerente com sua proposta:

Hoje, eu estou presidente da Associação [...], então a gente faz esse elo de ligação entre Associação e Conselho. A gente discute nas reuniões da Associação, até porque essa questão da saúde, a gente já vem trabalhando há muito tempo na associação (Representante dos usuários).

Estabelecer um “elo de ligação” entre o CMS e uma associação comunitária pode ser considerado como uma estratégia para mobilização e articulação da sociedade na defesa dos princípios do SUS, uma das competências dos CMS, de acordo com a Resolução nº 333/2003. O fato de a saúde ser objeto de “discussão”, e não de *feedback*, na associação

comunitária denota uma concepção de participação mais democrática e propositiva no segmento usuário em relação ao segmento trabalhadores e prestadores de serviços.

Constata-se a proximidade e a abertura para o diálogo propositivo entre o representante dos usuários e sua entidade. Contudo, esta pode ser uma característica específica deste entrevistado e desta associação, não se estendendo ao restante do segmento usuários. O representante do governo questiona, independentemente de segmentos, a publicidade das atividades do CMS de Iguatu, uma condição essencial para a efetividade do controle social:

Acho que até mesmo para os profissionais não tem essa divulgação. Assim, eu procuro estar participando das reuniões dos conselhos locais de saúde, onde a gente tem acesso a toda a informação, às dificuldades que a população está vivenciando, e lá eles dizem: realmente acontecem as reuniões do Conselho? O Conselho Municipal está funcionando? (Representante do Governo).

A dicotomia “*feedback/divulgação*” *versus* “discussão” parece bem estabelecida e o uso do termo “profissionais” também, mas surge um elemento novo, o Conselho Local de Saúde (CLS). Os profissionais/pesquisadores empreenderam duas tentativas de articulação abrangente dessas instâncias do controle social baseadas nos territórios das equipes da Estratégia da Saúde da Família (ESF).

A primeira experiência de articulação dos CLS, realizada no início de 2014, teve como fator mobilizador a elabo-

ração do Plano Municipal de Saúde 2014-2017. A segunda, no início de 2015, foi motivada pela organização da VI Conferência Municipal de Saúde. Ambas podem ser consideradas como fracassadas, pois não ocorreu engajamento dos trabalhadores de saúde ou da comunidade.

Os profissionais/pesquisadores, em uma avaliação crítica do processo de articulação dos CLS, identificaram dois fatores principais que contribuíram para o insucesso. A população adscrita das ESF, muitas vezes, não constitui uma comunidade, mas um aglomerado ou fragmentos de comunidades. A limitação do poder deliberativo nos CLS também contribuiu para o desinteresse dos trabalhadores e da comunidade em fortalecer esta instância do controle social. Portanto, mesmo adotando medidas de valorização das reuniões, como a presença do secretário municipal de saúde e de conselheiros municipais de saúde, os CLS não saíram da fase de indução pelo gestor municipal.

Retomando o discurso do representante do governo, a reunião do CLS permite o “acesso a toda a informação, às dificuldades que a população está vivenciando”: a lógica da redução do controle social à reivindicação é evidente, mas também é colocada em xeque a necessidade de entidades organizadas para representação do segmento usuários, pois “toda informação” pode ser coletada diretamente do CLS. Percebe-se uma valorização de instâncias menos organizadas, CLS, em relação às entidades que representam os usuários.

Papel e funcionamento: a Resolução nº 333/2003 resume as funções do CMS em proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da

implementação da Política de Saúde. O representante dos usuários sintetiza: “O conselho é fiscalizador, consultivo e deliberativo”.

O conhecimento sobre a legislação e a abrangência das funções do CMS parece claro para esse entrevistado. Entretanto, ele aponta uma distância entre legislação e prática: “A gente tem participado muito de reunião, discussão, conferência, mas não sei porque não chega na ponta” (Representante dos Usuários).

Verifica-se uma perplexidade quanto à incapacidade do CMS para transformar a realidade de saúde do Município. Uma possibilidade de compreensão desta situação está na ausência da referência aos encaminhamentos dos debates ou às resoluções emitidas pelo CMS. Os profissionais/pesquisadores observaram que as reuniões do CMS, algumas vezes, eram encerradas sem um encaminhamento claro sobre a pauta discutida. O representante dos usuários ilustrou essa situação com um exemplo concreto:

Nós já chamamos o diretor do Hospital [...] para que ele se colocasse, porque há dificuldades no atendimento, na humanização, na falta de medicamentos, na falta de médicos; nós já discutimos isso, levando o diretor do Hospital para nossa reunião. Para ele dar explicações, porque falta de médicos, falta de medicamentos. [...] De certa forma, algumas [perguntas] ele respondeu, né? Mas outras ficaram... A gente não ficou satisfeito com a resposta dele; essa questão de não ter médico... Eu acho que a gente até pecou, porque na verdade,



é para se ter mais um punho para levar à frente, mas acontece também, nesse corre-corre, nessa vida que a gente tem, é uma loucura. Aí a gente... nós pecamos por conta disso (Representante dos Usuários).

O entrevistado descreve as condições precárias de atendimento em um serviço de saúde e a preocupação do CMS com este fato. A lógica de ação é baseada no diálogo, na discussão interna e depois com o diretor da instituição, porém, a meta do diálogo não é o encaminhamento ou a pactuação de soluções, mas receber “explicações”. A função fiscalizadora é valorizada, a propositiva é esquecida. As “explicações” parecem não justificar a situação do hospital, assim, existe uma inquietação quanto a esta lacuna e o entrevistado busca a cumplicidade dos profissionais/pesquisadores, que estavam presentes na reunião, afinal “algumas [perguntas] ele respondeu, né?”.

Por duas vezes, o entrevistado remete ao “pecado” – o sentimento de devoção à luta pela saúde pública tem reverberações profundas e o militante admite: *mea culpa* – à responsabilidade de “ter mais punho para levar à frente”. O CMS exige tanto a habilidade de encaminhar propostas de ação a partir das discussões quanto o poder político para efetivar e acompanhar estas ações e, assim, destaca-se a convergência do discurso do representante do governo:

O que eu vejo, assim, que as ações, as discussões existentes hoje, são discussões muito pontuais, não, não têm uma abrangência, assim, dos problemas da população como um todo, nas discussões do Conselho. Tem

que se dar prioridade, não só para a reunião, mas para os encaminhamentos que forem feitos (Representante do Governo).

A substituição imediata de “ações” por “discussões” é um indício da incapacidade do CMS de Iguatu de ser, sistematicamente, propositivo. O representante do governo questiona, mais uma vez, a representatividade do colegiado e seu argumento agora se fundamenta no caráter “pontual” das discussões, que não abrangeriam os “problemas da população como um todo”. É necessário, portanto, esclarecer quais são as principais pautas da reunião do CMS:

Geralmente, quando a Secretaria de Saúde vai implementar algum serviço novo, passa pela aprovação do Conselho. Essas pautas, assim, são várias, eu não estou lembrando aqui, mas teriam várias aprovações, como a UPA no Iguatu. [...] Aprova tudo que for em relação à saúde que tenha que passar pelo Conselho e que tenha que ter aprovação (Representante dos Trabalhadores).

Para esse entrevistado, existe subordinação da pauta do CMS às demandas para a Secretaria Municipal da Saúde. As deliberações são distorcidas em “aprovações”, o papel do CMS é cancelar todas as decisões do gestor. É sintomático o esquecimento de algumas das “aprovações”. Essa postura de expectador também é apresentada por outro conselheiro:

Nós repassamos para a Secretaria de Saúde, o Secretário. Eu acho que precisaria, para melhorar, uma cobrança do secretário, e que bote em prática realmente aquilo

que se faz necessário, pois só o município junto com a Secretaria poderia fazer com que as coisas pudessem tomar outro rumo. Haja visto que, as dificuldades financeiras são grandes, mas isso não quer dizer que você não possa fazer um bom atendimento; um bom trabalho. O Conselho repassa, e a gente espera que seja resolvido; e a gente fica só no aguardo que seja resolvido para a população (Representante dos Prestadores).

A passividade é manifesta: o CMS “repassa” a demanda para a Secretaria Municipal de Saúde e “espera que seja resolvido”. A identificação com a gestão, embora seja o representante dos prestadores, também, “pois só o município junto com a Secretaria” tem o poder para modificar a situação do sistema de saúde. Destaca-se o intercâmbio entre os termos “Secretaria de Saúde” e “Secretário” que são usados como sinônimos: a Secretaria se torna o Secretário.

O entrevistado parece ser um exemplo de personalidade autoritária, extensamente estudada por Adorno *et. al.* (1950). A estrutura desta personalidade apresenta como aspectos fundamentais a submissão e a agressão autoritárias; por um lado, existe a crença cega e a obediência aos superiores e, por outro, o desprezo pelos inferiores e a disponibilidades para atacar pessoas fracas. Outros traços importantes são a sensibilidade para o poder, a rigidez, o conformismo e a intolerância com a diferença. A personalidade do entrevistado é coerente com a sua visão de participação política:

Acho que todos os conselheiros têm boa vontade de fazer o seu papel, mas às vezes falta conhecimento. São pessoas leigas, que não conhecem nada sobre a área de saúde. Eles só têm o papel de exigir, mas não têm o papel de compreender. Acho que isso requer uma capacitação melhor para os conselheiros, para que cada um conheça o seu papel, e possa dar uma melhor solução (Representante dos Prestadores).

A desvalorização dos representantes dos usuários é flagrante: “não conhecem nada sobre a área de saúde”. Qualquer conhecimento que não seja técnico-científico não é considerado apenas inútil, pois não se admite sequer sua possibilidade de existência. Existe uma forte rejeição aos saberes populares e à experiência subjetiva com a saúde e a doença. Desta forma, toda perspectiva de diálogo é frustrada e o CMS pode seguir sem conflitos e aprovando as pautas da Secretaria Municipal da Saúde.

O discurso do entrevistado é coerente quando designa para os usuários apenas o papel de “exigir”, mas não de “compreender”. O entrevistado não entra em contradição ao sugerir a realização de capacitação para os conselheiros, pois seu objetivo é “que cada um conheça o seu papel”. Capacitação, aqui, se aproxima de adestramento para conformar-se a um papel subalterno.

Os profissionais/pesquisadores participaram de capacitações oferecidas ao CMS de Iguatu e observaram uma lógica bastante diferente daquela proposta pelo representante dos prestadores. De fato, os cursos seguiram uma

perspectiva crítico-reflexiva e emancipatória. O resultado foi conselheiros mais atentos às discussões e mais capazes de expressar seus posicionamentos, portanto, incomodando o representante dos prestadores acostumado a utilizar seu saber técnico-científico para desacreditar as colocações dos outros conselheiros.

O representante dos usuários faz um contraponto ao discurso do representante dos prestadores quanto à densidade das discussões no CMS e relata um exemplo como argumento:

O que a gente discute é a questão da humanização no serviço de saúde. Isso é primordial na questão da humanização. A gente bate muito nessa tecla. Porque a gente escuta por aí... Um mau atendimento; a pessoa já chega no posto de saúde, no hospital, chega fragilizada e não é bem acolhida, então, a gente discute muito essa questão (Representante dos Usuários).

A importância da humanização da atenção à saúde é destacada. O conselheiro contextualiza em seu discurso uma fragilidade da rede de serviços e o dispositivo da Política Nacional de Humanização (PNH) que necessita de fortalecimento para superar esta situação. Demonstra, portanto, que é capaz de “compreender”, “exigir” e, também, de “propor”.

O funcionamento do CMS é mais complexo que o somatório das capacidades de reflexão, crítica e proposição individuais dos conselheiros. As interações entre os atores são essenciais para a compreensão de seu funcionamento. Nas reuniões, existe uma convivência pacífica entre conse-

lheiros com visões de mundo e de participação política antagônicas. O consenso é rapidamente obtido nas deliberações, pois a visão sobre o principal determinante da baixa qualidade da atenção é similar entre os representantes dos diferentes segmentos:

Se fala muito da questão do financiamento. Os recursos são escassos. Nós entendemos até porque são escassos. Uma população muito grande e existe também, a questão do gerenciamento, que eu acho também muito importante (Representante dos Usuários).

Eu bato sempre nessa tecla, a questão do financiamento, que sem financiamento não se faz saúde, não se banca saúde e nem se faz o atendimento que nós precisamos para a nossa população (Representante dos Prestadores).

Às vezes, a gente chega a desanimar com a situação do subfinanciamento que existe, já há muito tempo. Com falta de recurso para fazer o que seria ideal, o que você sonha em fazer (Representante do Governo).

Na verdade, a gente sabe que tudo esbarra na burocracia. Às vezes tem dinheiro em um tal departamento e a gente não pode pegar para o outro que está faltando e vice-versa (Representante dos Trabalhadores).

Tornou-se quase senso comum apontar o financiamento como o grande vilão do SUS. Todos os entrevistados compartilham esta opinião, embora colorida por sua visão de

mundo. Para o representante dos usuários o “gerenciamento” é a solução; para o dos trabalhadores, a “burocracia” é a culpada; para o representante dos prestadores, “não se faz saúde sem dinheiro”; e para o do governo, é possível fazer saúde com pouco dinheiro, mas não “o que você sonha em fazer”.

Embora o representante dos usuários afirme que “entende” o motivo da escassez de recursos financeiros para a saúde, nenhum dos entrevistados, inclusive o próprio, esboça um aprofundamento na discussão sobre os aspectos econômicos e financeiros da Política de Saúde, como prescreve a Resolução nº 333/2003.

A condição de “subfinanciamento” é naturalizada tanto nas entrevistas quanto nas reuniões do Conselho. A necessidade de mais recursos financeiros é direcionada para os repasses federais e estaduais, que estão além da governabilidade da gestão municipal. Quanto ao aumento da parcela de recursos próprios do município para a saúde, a resposta do gestor é que a aplicação atual da receita própria está em torno de 25%, superando os 15% da Lei Complementar nº 141/2012 e não há possibilidade de aumento de investimento da saúde sem comprometimento de outras áreas essenciais como assistência e educação. Portanto, a pauta do aumento do financiamento não avança.

Uma perspectiva complementar ao aumento do financiamento é a racionalização do orçamento, de acordo com as necessidades de saúde identificadas pela população. Durante o debate sobre a Programação Anual de Saúde (PAS), de 2015, articulado pelos profissionais/pesquisadores, observou-se grande dificuldade para a priorização da aplicação dos recursos financeiros. No primeiro momento,

os conselheiros entendiam que tudo deveria ser prioridade. No segundo momento, coerentes com sua visão restrita da saúde, direcionaram os recursos, principalmente, para ações de saúde de nível secundário, garantindo mais exames complementares e mais consultas médicas especializadas.

A tendência parece ser de ampliação do escopo e da densidade das discussões e deliberações do CMS de Iguatu. Durante o período de observação, os profissionais/pesquisadores articularam com o Conselho estratégias de participação efetiva na elaboração do Plano Municipal de Saúde e da Programação Anual de Saúde, na avaliação do Relatório Anual de Gestão e na organização da Conferência Regional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e da Conferência Municipal de Saúde.

É bastante óbvio que o CMS deveria ser o protagonista de todos esses dispositivos, essenciais para o controle social, contudo, esta não era a prática no Município. Foi necessária a indução dos profissionais/pesquisadores para que os conselheiros superassem, ainda que parcialmente, a lógica da apreciação/aprovação das pautas e se engajassem em um processo de reflexão e crítica. Um ponto essencial foi o cuidado dos profissionais/pesquisadores em não ultrapassar o limite entre estímulo e tutela.

As entrevistas confirmam que a discussão sobre dispositivos de controle social e de planejamento já se tornaram corriqueiras no CMS e que o momento é de qualificação destas discussões e de efetivação da participação popular para a modificação da realidade:



São discussões pontuais, tipo: vai acontecer a Conferência Municipal de Saúde, então, a pauta é a Conferência Municipal de Saúde, sabe? O Relatório de Gestão, vamos discutir o Relatório de Gestão. São assuntos muito pontuais, que, eu acho que, nas discussões, além da pauta principal, a gente deveria estar tratando da problematização, mesmo. Cada membro do Conselho tem a responsabilidade de estar buscando a melhoria para o sistema. Estar expondo suas opiniões. Eu acho que estas discussões têm que ir muito além de uma pauta amarrada (Representante do Governo).

Eu acho que já avançamos bastante, cada conselheiro sabe seu papel, e a gente acha que só através da participação é que as coisas nesse país podem mudar. A participação popular, para mim, é fundamental, no Conselho e em todos os outros segmentos tem que ter a participação popular (Representante dos Usuários).

Os discursos do representante do governo e dos usuários são complementares. A gestão reconhece a necessidade do protagonismo do CMS e o estimula, ainda que na ambiguidade entre “expor suas opiniões” e “discutir”. Por outro lado, o representante dos usuários demonstra motivação para seguir na luta pela transformação social por meio da participação popular.

Os resultados da pesquisa realizada no CMS de Candiné por Duarte e Machado (2012) são bastante divergen-

tes dos resultados da pesquisa sobre o CMS de Iguatu. Ambas são pesquisas qualitativas, estudam municípios do sertão cearense, sedes de microrregiões de saúde e com perfil social, sanitário e demográfico similares; portanto, podem ser comparadas. No CMS de Canindé, foi detectado que:

A compreensão majoritária dos conselheiros em relação à sua atuação e a eficácia do CMS de Canindé é bastante positiva: eles apresentam regularmente para discussão demandas oriundas das bases que representam, e promovem a retroinformação de suas deliberações às suas instituições de origem; os conselheiros entendem os assuntos deliberados com facilidade, julgam-se aptos ao exercício da função de conselheiro e não se sentem inibidos nas reuniões; as reuniões do colegiado produzem resultados práticos na política de Saúde; práticas político-partidárias ou corporativistas no âmbito do Conselho não são identificadas; as discussões do colegiado se dão de forma ética e produtiva; o CMS mantém interação e parceria com outros colegiados e/ou instituições; a instituição cumpre a sua finalidade. No entanto, entre as dificuldades detectadas estão o fato de que a maior parte dos conselheiros não recebeu capacitação, a disparidade na participação entre os segmentos e o desconhecimento por parte da população sobre as atividades e funcionamento do Conselho (DUARTE; MACHADO, 2012).

Os resultados da pesquisa sobre o CMS de Iguatu se aproximam dos encontrados por Oliveira e Pinheiro (2010) no CMS de Fortaleza, onde os conselheiros reconhecem as tensões e divergências – entre interesse público e privado, entre bem comum e corporativismo, entre liberdade e tutela – durante as discussões e deliberações; as dificuldades de se engajar na militância e, ao mesmo tempo, desenvolver suas atividades de trabalho visando à sobrevivência e a responsabilidade de contribuir por meio da participação social para a efetivação do direito à saúde. Para as autoras, nos conselhos de saúde, as desigualdades e o autoritarismo da sociedade são reproduzidos e manifestados como assimetrias de poder e de saber, influenciando o funcionamento destes colegiados. Por outro lado, as práticas de participação são pedagógicas para gestores, usuários e profissionais, favorecendo o desenvolvimento de uma postura crítica e voltada para a transformação das instituições e da cultura política. Esses resultados foram corroborados pela pesquisa sobre o CMS de Iguatu.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prática pública de saúde é atravessada por eixos de tensões e contradições. Existe tensão entre a perspectiva estratégica da interdisciplinaridade, abertura para a integralidade da atenção e o combate tático do corporativismo, cidadela da sobrevivência material de cada profissão e da priorização de determinadas doenças na luta por financiamento público. Existe contradição entre o projeto de uma saúde pautado pela liberdade e solidariedade e as condições para a sua realização em uma sociedade que fundamenta sua produção de riqueza na alienação do trabalhador e na negação de sua subjetividade.

Os conselheiros se mostraram dispostos a participar da construção de políticas públicas de saúde, articulando visões diferentes e divergentes, até contraditórias, sobre o processo saúde-doença e seus determinantes. O diálogo foi, em muitas ocasiões, eficaz para mediar a negociação entre os atores, mas não seguiu, como pressuposto, apenas a simetria entre os atores; em alguns momentos, o diálogo se tornou assimétrico, hierarquizando saberes e subjetividades. O limite da possibilidade de diálogo é o reconhecimento do outro como sujeito e, em alguns momentos, esta fronteira foi ultrapassada no CMS de Iguatu.

O Município tem como diretriz do Plano Municipal de Saúde-2014-2017 “implementar um novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável”. Esta diretriz está alinhada com os dispositivos de planejamento centrais. Essa é uma proposta desafiadora, pois a experiência da democracia participativa convive com velhas práticas, como o clientelismo, fisiologismo, patrimonialismo e, inclusive, coronelismo, que perduram como modo de fazer política durante e após as eleições, contaminando e pervertendo as instâncias de controle social do SUS. O CMS se constitui, portanto, como espaço privilegiado de luta pela efetivação do direito à saúde e, também, pela superação de práticas políticas autoritárias.

## REFERÊNCIAS

ADORNO, T. W. *et al.* **The authoritarian personality**. New York: Harper & Brothers, 1950.

BRASIL. **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. DOU de 31.12.90.

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm).

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

CEARÁ. Secretaria do Planejamento e Gestão do Estado do Ceará. **Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará – IPECE**. Disponível em: <<http://www.ipece.ce.gov.br/>>. Acesso em: 23 out. 2013.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS-DATA-SUS. **Informações de Saúde**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>>. Acesso em: 8 jun. 2015.

DUARTE, E. B.; MACHADO, M. F. A. S. O exercício do controle social no âmbito do Conselho Municipal de Saúde de Canindé, CE. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 126-137, maio 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902012000500011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000500011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 jul 2015.

GRISOTTI, M.; PATRICIO, Z. M.; SILVA, A. A participação de usuários, trabalhadores e conselheiros de saúde: um estudo qualitativo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 831-840, maio 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000300026&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000300026&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 jul 2015.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde**: Nêmesis da Medicina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Banco de Dados Agregados/Sistema IBGE de Recuperação Automática – SIDRA**. Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/default.asp?z=t&co=1&ci=P>>. Acesso em: 10 jun. 2015.

LABRA, M. E. Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios. In: LIMA, N. T. *et al.* (Org.). **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 353-384.

MEYER, J. Pesquisa-ação. In: POPE, C.; MAYS, N. (Ed.). **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. Cap. 11. p. 135-146.

OLIVEIRA, L. C. de; PINHEIRO, R. A participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2455-2464, ago. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000500020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500020&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 jul. 2015.

ORLANDI, E. P. **Análise do discurso**: princípios e procedimentos. Campinas: Pontes, 1999.

SAMPAIO, J. J. C. **Epidemiologia da imprecisão**: o processo saúde/doença mental como objeto da Epidemiologia. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

TEIXEIRA, C. F. Epidemiologia e planejamento de saúde. **Ciência. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 1999. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81231999000200005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000200005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 nov. 2013.

TORRANCE, H. Qualitative research, science, and government: evidence, criteria, policy, and politics. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (Ed.). **The Sage handbook of qualitative research**. 4. ed. Los Angeles: Sage, 2011. Cap. 34. p. 569-580.

## CAPÍTULO 2

### DE ESPECTADORES A ATORES SOCIAIS: O CAMINHAR DOS CONSELHEIROS DE SAÚDE DO SEGMENTO DE USUÁRIOS DE UMA CAPITAL BRASILEIRA

Fabiana Sales Vitoriano Uchoa  
Lucia Conde de Oliveira  
Maria Marlene Marques Ávila

#### INTRODUÇÃO

Na saúde pública, o controle social tem se apresentado como o controle que a sociedade tem do que é público, por parte dos segmentos organizados da população, pensando na relação Estado/Sociedade Civil como meio de controle social (ACIOLI, 2010).

O controle social, para Oliveira e Almeida (2009), também é entendido como uma estratégia para democratizar o poder, o espaço, o canal de manifestação de participação social, regulada e institucionalizada, normalmente, no aparelho do Estado.

Nessa perspectiva, o controle social deve, a partir de interesses individuais, reivindicar interesses coletivos e intervir na melhoria das políticas públicas. Sob esta concepção, o Conselho Nacional de Saúde compreende que o controle social seria resultante da articulação e negociação dos inte-



resses fracionados e específicos de cada segmento a favor dos interesses e direitos de cidadania do conjunto da sociedade (BRASIL, 2002).

Nesse sentido, a expressão controle social tem oportunizado uma concepção democrática de participação social nas políticas públicas (CORREIA, 2008; VAZQUEZ *et al.*, 2005). No entanto, a sua efetivação ainda se torna incipiente. De acordo com os estudos e relatórios oficiais realizados, na prática, há limitação da participação da população nos serviços de saúde. (COHN, 2000; COTTA *et al.*, 2000; DIAS, 1998; VALLA, 1993).

Esses estudos, na maioria, trazem reflexões sobre a construção da participação institucionalizada no Brasil, o perfil socioeconômico dos conselheiros, a necessidade de educação permanente, empoderamento nas decisões das políticas públicas, a atuação dos conselheiros de saúde dos diversos segmentos nas três esferas governamentais e experiências da atuação de conselhos municipais em várias cidades brasileiras (COTTA *et al.*, 2011; LABRA; FIGUEIREDO, 2002; OLIVEIRA; ALMEIDA, 2009). Por outro lado, frequentemente, citam a falta de capacidade técnica e política dos conselheiros e a desigualdade entre os segmentos, criando obstáculos à participação.

Mesmo com as diversidades, são inegáveis os avanços alcançados com a institucionalização dos conselhos sociais, pois garante a participação da população nas decisões das políticas públicas, possibilitando a atuação nas três esferas de governo.

A importância dos conselhos para o exercício da cidadania se torna evidente, na medida em que estabelece

formas participativas, utilizando ferramentas de educação popular em saúde na formação dos dispositivos de controle social, priorizando diretrizes e estratégias voltadas para o interesse coletivo, contribuindo para a formação de políticas públicas e tomadas de decisões efetivas.

Neste contexto, os conselhos de saúde são órgãos colegiados que institucionalizaram a participação social na formulação de políticas públicas, devendo atuar na cogestão, garantindo formas democráticas participativas. Conforme corrobora Carvalho (1995), os conselhos são instâncias públicas de formação de opinião e vontade política que expressam a “democratização do acesso ao poder”, formando arenas que possibilitam a apresentação, a defesa e o debate das questões específicas pelos diversos atores sociais implicados com a melhoria coletiva de políticas públicas.

Os Conselhos de Saúde têm função ampla, com caráter permanente e deliberativo, devendo atuar na formulação de estratégias e no controle de execução de políticas de saúde, de acordo com a esfera de governo correspondente (OLIVEIRA; ALMEIDA, 2009). Têm grande importância na construção das políticas públicas, mesmo com a forte influência que o poder público pode exercer na composição e atuação dos conselheiros. O controle social oportuniza espaços de interferência, discussão e deliberação das políticas de saúde, em outra via, são campos que geram espaços de luta e poder (ACIOLI, 2010).

No município de Fortaleza, os conselhos de saúde são representados por meio do Conselho Municipal de Saúde (CMS), Conselho Regional de Saúde (CRS) e Conselho Local de Saúde (CLS). Os CRS, antes denominados de

conselhos distritais, foram criados a partir da reestruturação do CMS.

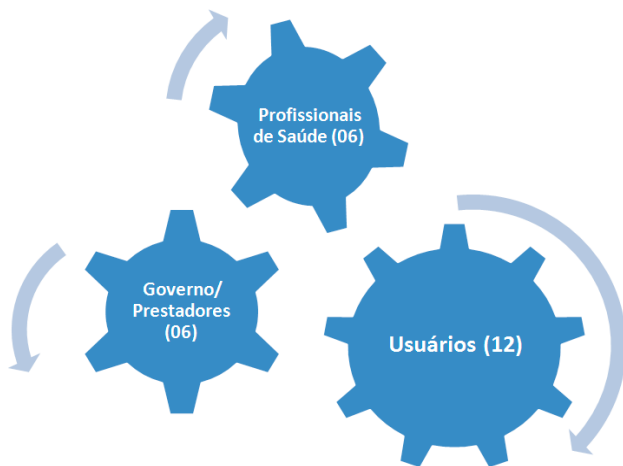
Os CRS foram criados pela Lei Municipal nº 8.092, de 21 de novembro de 1997, sendo um órgão colegiado de natureza permanente com caráter deliberativo, consultivo e fiscalizador das políticas de saúde do SUS, no âmbito regional. Já os Conselhos Locais de Saúde (CLS) foram criados pelo Decreto Municipal nº 10.842, de 31 de julho de 2000, no entanto, é consultivo, não tendo caráter deliberativo.

Para ser representante do segmento de usuários no CRS, o conselheiro deve, obrigatoriamente, ser conselheiro local de saúde e residir na área de abrangência da Unidade de Saúde que representa.

Para ser conselheiro municipal de saúde, representante dos conselhos regionais de saúde, o usuário deve ser, também, conselheiro local de saúde. Cada CLS envia o nome do titular e suplente para representar sua Unidade de Saúde no CRS, onde é realizada uma eleição entre todos os usuários representantes dos conselhos locais, sendo escolhido um titular e um suplente para representá-lo no Conselho Municipal de Saúde (CMS).

O CMS é composto por vinte e quatro conselheiros efetivos (Figura 1) e igual número de suplentes, respeitada a paridade do número de representantes dos usuários em relação ao total de representantes dos segmentos do Governo, dos prestadores de serviços e dos profissionais de saúde.

**Figura 1** – Composição do Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza-CE.



Fonte: Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza.

O segmento de usuários é composto por doze conselheiros, assim distribuídos: a) Seis representantes dos CRS; b) Um representante de entidades de movimento de mulheres; c) Um representante de entidades de portadores de patologia especiais e deficiências físicas; d) Um representante de conselhos comunitários e associações de moradores ou entidades afins; e) Um representante das Centrais Sindicais; f) Um representante das entidades de idosos e aposentados; e g) Um representante de entidades empresariais. (Figura 2)

**Figura 2** – Composição do segmento de usuários no CMS de Fortaleza-CE.



Fonte: Conselho Regional de Saúde de Fortaleza.

Nessa perspectiva, a participação social por meio dos conselhos de saúde é ascendente, tendo início no CLS, sendo o território possível espaço democrático para o exercício do controle social. No entanto, mesmo com os avanços ocorridos na execução do controle social no município de Fortaleza, as práticas de participação são fragilizadas pela cultura política local e pela interferência partidária nos serviços públicos de saúde (OLIVEIRA, 2006).

Este estudo deriva de uma pesquisa desenvolvida como parte de dissertação de mestrado sobre o exercício do controle social por conselheiros de saúde do segmento de usuários e buscou apreender a trajetória dos conselheiros

municipais de saúde do segmento de usuários que representam os CRS no CMS a partir de sua inserção no CLS. O caminho metodológico e os resultados são discutidos a seguir.

## 2. PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de estudo de natureza qualitativa, crítico e reflexivo, um tipo de pesquisa que se orienta para problemas que surgem na sociedade, ainda que não preveja soluções práticas para esses problemas, com a finalidade de lançar luz sobre determinados aspectos da realidade (MINAYO, 2004).

A pesquisa foi realizada em Fortaleza-Ceará. De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2012), Fortaleza é a cidade mais populosa do Ceará e a quinta maior cidade do país, com população estimada em 2.452.185 habitantes, sendo a capital brasileira de maior densidade demográfica – 7.786,52 hab./km<sup>2</sup>.

O *locus* do estudo foi o Conselho Municipal de Saúde (CMS). Os conselhos de saúde atuam no referido município em três esferas: municipal, regional e local e possuem duas leis municipais e um decreto que os regulamentam.

Os sujeitos do estudo foram conselheiros municipais de saúde que representam o segmento de usuários das Secretarias Executivas Regionais (SER's) no CMS, representado por seis usuários titulares e seis suplentes, de acordo com a paridade e a legislação vigente.

Utilizamos os seguintes critérios de inclusão, conselheiros municipais (titulares e suplentes) que representam nos CRS o segmento de usuários e que tinham, no mínimo, 50%

de presença nas reuniões do CMS, no período pesquisado.

O motivo que nos levou a definir tal critério de escolha foi pautado nos aspectos relacionados à participação destes usuários nas políticas e serviços de saúde a partir do território em que vivem, perpassando pelo conselho regional e ascendendo para o conselho municipal.

No período do estudo, não havia representante do CRS da SER I. A mesa diretora do CRS renunciou ao mandato e o CMS teve que fazer uma intervenção até a eleição de nova mesa diretora que ficou prevista para o período após as eleições municipais. Uma conselheira não foi entrevistada, por indisponibilidade de horário e ausência nas reuniões, nos dias das entrevistas. Assim, diante do exposto, realizamos o estudo com nove conselheiros usuários entre titulares e suplentes.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de março e outubro de 2012, por meio da observação participante, de entrevista semiestruturada e pesquisa documental nas atas das reuniões no período da coleta e na legislação vigente. Além disto, durante a pesquisa, foram mantidos contatos informais com informantes chaves que se revelaram importantes no sentido de entendermos a dinâmica interna do Conselho.

Estas observações não tinham roteiros pré-estabelecidos; foram registradas em um diário de campo, durante oito meses da coleta de dados nas reuniões ordinárias do CMS, que sempre aconteciam uma vez por mês no auditório do próprio conselho. A observação participante nos permitiu visualizar os fenômenos impossíveis de serem registrados mediante fala ou documentos. As atitudes, expressões não

verbais, silêncios foram essenciais para a compreensão do estudo.

Para alcançar os objetivos da pesquisa, foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada com perguntas abertas. A coleta ocorreu de forma individual, antes do início das reuniões do CMS e de acordo com a disponibilidade dos entrevistados. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, seguindo a fala dos entrevistados.

Os documentos foram intencionalmente selecionados. A partir desta seleção, foram utilizadas as atas das plenárias realizadas no período de observação do estudo, o regimento, decretos e resoluções que poderiam fornecer dados elucidativos sobre o arcabouço estrutural do CMS.

Na análise do material empírico, utilizamos a abordagem teórico-metodológica da análise de conteúdo crítica-reflexiva de Minayo (2004), retraduzida por Assis e Jorge (2010).

Essa análise, de acordo com as autoras, é permeada pela construção teórica e pelo tratamento do material empírico, estabelecendo um confronto dialeticamente integrado entre as categorias empíricas e as categorias analíticas, que se articulam, se movimentam e se questionam na realidade natural-social.

É importante reconhecer que esse tipo de metodologia é um campo em constituição, comportando uma multiplicidade de abordagens, a partir das Ciências Sociais, como movimento de saberes, de práticas e de políticas, isto é, um campo articulado à produção de conhecimento na área da saúde (ASSIS; JORGE, 2010).



O estudo foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UECE, por meio da Plataforma Brasil e teve parecer favorável de nº 15795.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

#### 3.1. CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

Conhecer os sujeitos da pesquisa e sua trajetória é essencial para a sistematização do fenômeno estudado. Neste sentido, o primeiro passo foi a construção do perfil dos conselheiros a partir dos dados de identificação coletados na entrevista semiestruturada. As variáveis foram compostas por sexo, idade, escolaridade, ocupação, estado civil, religião, renda individual, filiação partidária e tempo de atuação em movimentos sociais. A compreensão destes fenômenos é um dos requisitos que consideramos importante para a construção do conhecimento a partir da dialética.

A predominância de conselheiros usuários é do sexo masculino (07) e duas conselheiras do sexo feminino. As faixas de idade foram classificadas com intervalos de 10 anos. Entre 30 e 40 anos, são três conselheiros; entre 41 e 50, três; entre 51 e 60 anos, um conselheiro; e entre 61 a 70 anos são dois.

Com relação à escolaridade, dois conselheiros têm ensino fundamental, cinco concluíram o ensino médio, um possui ensino superior incompleto e um conselheiro tem escolaridade superior completa. Portanto, 56% dos conselheiros usuários têm o ensino médio. Quanto à escolaridade, achado semelhante foi encontrado no estudo de Fuks (2005)

realizado em Curitiba, em que 60% dos conselheiros usuários tinham, no máximo, o ensino médio.

Na divisão técnica e social do trabalho, dois conselheiros são aposentados, dois auxiliares administrativos, um conselheiro é servidor público, um porteiro, um comerciante, uma é professora e um, pedreiro. Três conselheiros não têm renda, quatro recebem de um a dois salários mínimos e dois têm renda de três a quatro salários.

A baixa renda da maioria dos conselheiros foi identificada como uma das dificuldades para o exercício do controle social na participação das atividades dos conselhos, como demonstrado no depoimento a seguir:

[...] os conselheiros usuários não têm como vir pra cá, pra ir alguma reunião fora, algum curso, capacitação, então isso, o Conselho Regional tem uma dificuldade muito grande de deslocamento. Você vê que a gente dá vale-transporte de ida e volta. [...] Conselheiros eleitos usuários para a mesa diretora dos conselhos regionais, eles não podem passar o dia todo no conselho porque eles não têm como bancar sua alimentação, ou vai pela manhã ou vai à tarde (Usu1).

A observação evidenciou que, nas reuniões do CMS, é oferecido vale-transporte para os conselheiros: este mecanismo é fundamental para garantir a presença dos conselheiros de baixa renda nas reuniões, mas limita a sua participação em outras atividades como, por exemplo, nas capacitações, nas visitas às Unidades de Saúde e nas fiscalizações. Destacamos, no período de observação participante, a presença

dos conselheiros suplentes nas reuniões, mesmo com a presença de seus titulares. Ao indagarmos sobre este fato, eles justificavam sua presença como meio de aprendizado para o exercício do controle social.

A maioria dos conselheiros relatou não ter filiação partidária (78%) e os demais eram filiados ao PT. Ressaltamos que, no período de observação do estudo, percebemos que alguns conselheiros participavam ativamente da militância em campanhas políticas municipais eleitorais.

Ainda sobre o envolvimento de conselheiros em atividades políticas, este fato foi comprovado pelo esvaziamento das atividades dos conselhos, no período eleitoral. Neste período, conforme Ata analisada, foi aprovada, pela plenária do CMS realizada no dia 11 de setembro de 2012, a suspensão da Capacitação para Conselheiros de Saúde durante o período eleitoral, devido à ausência dos conselheiros na capacitação. De acordo com a referida Ata, o curso teve início, na SER III e IV: na SER III foram inscritos 60 conselheiros, para o período da manhã e 60, para o período da tarde. Contudo só 20 conselheiros compareceram pela manhã e 23, à tarde.

A participação em movimentos da igreja e associações de bairros e de idosos marcou a trajetória dos conselheiros nos movimentos sociais. Destacamos que quatro conselheiros tinham mais de dez anos em movimentos sociais; dois participavam entre cinco a dez anos e três conselheiros, há menos de cinco anos.

O Quadro 1, a seguir, sintetiza o perfil biográfico dos usuários:

**Quadro 1** – Perfil biográfico dos usuários entrevistados do Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza.

Usuário	Perfil
(Usu1)	49 a, ensino superior incompleto, católico, auxiliar administrativo, casado, renda individual e familiar de um salário mínimo, participa de movimentos sociais há 34 anos e de conselhos de saúde há cinco anos. Nunca participou de capacitação para conselheiros de saúde. Filiado ao Partido dos Trabalhadores (PT).
(Usu2)	50 anos, ensino fundamental II, católico, porteiro, casado, renda individual e familiar de dois salários mínimos. Participa de movimentos sociais há um ano e de conselhos de saúde há dois anos. Participou de uma capacitação para conselheiros regionais de saúde em 2009. Sem filiação partidária.
(Usu3)	46 anos, ensino superior completo, católica, professora, atualmente sem ocupação, solteira, renda familiar de dois salários mínimos. Há trinta anos participa de movimentos sociais e há seis, de conselhos de saúde. Participou de uma capacitação para conselheiros em 2008. Sem filiação partidária.
(Usu4)	35 anos, ensino médio completo, católico, servidor público, solteiro, renda pessoal de dois salários mínimos e familiar de três salários. Há dezessete anos participa de movimentos sociais e há quatro de conselhos de saúde. Participou de uma capacitação para conselheiros em 2008. Filiado ao PT.
(Usu5)	60 anos, ensino médio completo, católico, comerciante, casado, renda pessoal e familiar de três salários mínimos. Há vinte e sete anos, participa de movimentos sociais e há quatro, de conselhos de saúde. Participou de uma capacitação para conselheiros em 2009. Sem filiação partidária.
(Usu6)	67 anos, ensino médio completo, separado, católico, aposentado, renda familiar e pessoal de quatro salários mínimos. Participa de movimentos sociais há doze anos e há oito anos de conselhos de saúde. Já participou de capacitação de conselheiros, mas não lembra o ano. Sem filiação partidária.
(Usu7)	39 anos, ensino fundamental completo, casado, católico, pedreiro, sem renda pessoal, renda familiar de um salário mínimo. Participa de movimentos sociais há quatro anos e há menos de um ano é conselheiro de saúde. Sem filiação partidária.
(Usu8)	35 anos, ensino médio completo, solteiro, católico, renda familiar de um salário mínimo. Voluntário em uma ONG. Participa de movimentos sociais há 8 meses e de conselhos de saúde há quatro anos. Sem capacitação. Sem filiação partidária.
(Usu9)	65 anos, ensino médio, solteira, católica, aposentada, renda familiar e pessoal de dois salários mínimos. Participa de movimentos sociais há dez anos e de conselhos de saúde há oito anos. Sem capacitação. Sem filiação partidária.

Fonte: Elaboração própria

### 3.2. A TRAJETÓRIA DOS CONSELHEIROS DE SAÚDE, CONTRADIÇÕES E LUTAS NA GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE

A trajetória dos conselheiros tem início no CLS onde, por necessidade, curiosidade e, por vezes, devido à falta de participação ativa de outros usuários dos serviços de saúde receberam como missão representar sua comunidade e lutar por um sistema de saúde de melhor qualidade.

Todos têm características em comum: são participantes de movimentos sociais e usuários do SUS que vivenciam as dificuldades *in loco* e que estão insatisfeitos com a realidade local. Têm a oportunidade de participar como cidadãos ativos em busca da melhoria coletiva para um sistema de saúde mais justo e mais equânime. No entanto, mesmo com a experiência prévia em movimentos sociais, tinham em comum, ao assumirem, o desconhecimento sobre o controle social exercido pelos conselhos de saúde:

[...] foi meio acidental, eu fui convidado, eu não tinha conhecimento nenhum com essa questão do controle social e como tava sendo montado o conselho local [...] quando foi na hora da eleição pra escolha da mesa diretora me cutucaram e disse vai, vai, vai ser presidente, e aí o que é que eu tenho que fazer? aí tem que se reunir aquele negócio todo, aí eu sem conhecimento, me candidatei pra presidente, aí fui eleito e comecei a trabalhar no conselho local, posteriormente nesta mesma eleição fui escolhido para representante para o conselho regional, e no conselho regional eu fui ser suplente no Municipal, então, eu entrei logo de cara nessas três instâncias (Usu2).

De acordo com Testa (1995), a transformação de um sujeito individual (social) em um sujeito coletivo depende dos interesses comuns. O autor, ao definir o sujeito social, o ideologiza como consequência de um trabalho abstrato, não sendo plenamente consciente. Já o sujeito social coletivo contém duas variantes, que são o grupo e a classe, que têm ambos como fundamento um interesse concreto comum. A transformação desses sujeitos em atores sociais e destes em atores de saúde não ocorre de forma imediata; requer certas condições específicas em que se realiza o processo de trabalho conjunto (concreto) para se tornar efetiva.

O caminhar dos conselheiros locais até chegar ao conselho municipal se deu quase que instantaneamente, como vemos no depoimento a seguir:

Eu fui a uma reunião do conselho local, e nessa reunião eu fiz algumas perguntas, aí disseram: essa reunião aqui é pra escolher pessoas pra fazer parte do Conselho, não gostaria você de fazer parte? aí eu disse que conhecia muito pouco, ali eu não conhecia ninguém. [...] se você fizer parte aí você vai conhecer, vai representar o conselho na Regional, até então eu não sabia o que era Regional, aí vem aquelas coisas de não ter ninguém que queira, aí me colocaram no conselho local, aí eu fui ser conselheiro, logo em seguida eu fui presidente do conselho local e representante do conselho regional, aí começou minha trajetória no conselho. [...] aí fui convidado a participar da mesa diretora do conselho regional e fui para o Municipal (Usu6).

Os relatos representados por este depoimento apontam a fragilidade da participação da comunidade nos espaços públicos na perspectiva de promover a autonomia e a emancipação da cidadania.

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) têm encorajado a participação dos conselheiros no CLS, sendo atores importantes para a divulgação e o encorajamento do controle social, como mostra o relato a seguir:

[...] um cidadão do posto (ACS) foi lá me convidou e perguntou se eu não queria ser conselheiro e eu sem saber o que é. Ele me explicou e disse que não era nada demais não, você vai participar das reuniões uma vez por mês, aí eu disse tudo bem, aí fui ser conselheiro local (Usu2).

O desconhecimento dos usuários sobre a participação popular como elemento constitucional também foi evidenciado, assim como a ausência de participação dos usuários nos espaços dos conselhos: “[...] a comunidade ainda está ausente de tudo o que é um conselho e de que a participação deles mesmo como não conselheiros, só em opinar e só de falar só de ouvir, só de discutir, mesmo que não tenha direito ao voto” (Usu4).

Conforme Arantes *et al.* (2007), a cultura de não participação presente na sociedade e o medo de discriminação são fatores que contribuem para que a participação nos órgãos colegiados seja reduzida. Neste sentido, contribuem para uma baixa credibilidade na sua própria atuação, o que leva a uma redução de participação e, conseqüentemente, a poucos resultados. Outro fator que fragiliza a credibilidade

dos conselhos é a quase inexistência de articulação com os movimentos sociais e, mesmo quando participam dos movimentos sociais, não levam as pautas do Conselho para o movimento nem as do movimento para o Conselho.

Apesar do direito à saúde ser defendido pela Constituição Federal e garantir a participação da sociedade nas políticas públicas, criando uma nova relação entre Estado e Sociedade para a construção de um espaço democrático, na prática, a saúde ainda é vista como uma mercadoria: “O Sistema Único de Saúde (SUS) tem muitos inimigos, porque se o sistema de saúde não der bem, muitas pessoas se dão bem vendendo serviços de saúde” (Usu6).

A população brasileira não tem a compreensão da saúde como um direito social, sendo identificada apenas como meio de consumo de serviços. Pedrosa (1996) defende que a interlocução entre Sociedade e Estado a partir dos Conselhos, permite a revisão do papel do Estado e qualifica os indivíduos como cidadãos, mas esta interlocução só será possível com a participação plena dos sujeitos implicados. Um dos entrevistados destaca o poder da participação definida no contexto legal:

Quando essa sociedade entender o poder que a lei orgânica do município oferece, quando ela entender que as leis do país dão condição de transformar o País, aí elas vão se engajar e nós vamos ter um sistema de saúde muito mais digno, mais garantido e aí com certeza as pessoas vão chegar num hospital público ou na atenção básica e vão ser mais bem atendidas (Usu1).



Outro aspecto observado, embora incipiente, foi a construção do direito à saúde, iniciado na Unidade de Saúde a partir dos conselhos locais, tornando-o um espaço micropolítico de participação a partir de situações cotidianas que impulsionam a prática social.

Nesse sentido, Bosi (1994) afirma que o desenvolvimento da relação dialética conscientização – participação acontece no cotidiano, com experiências de vida, alinhando elementos construídos a partir de percepções referentes à vida social, representando, ao mesmo tempo, espaço de luta e de poder. O relato a seguir retrata essa situação:

Pra eu chegar ao CMS de Fortaleza teve toda uma trajetória. Eu comecei a entender e a cumprir sobre o controle social da saúde é [...] indo para as reuniões do Conselho Regional de Saúde da Regional sem ser conselheiro ainda [...] a gente acompanhava os movimentos comunitários e movimentos em prol da educação do bairro, aí eu me interessei, achei pertinente e fui... me propus ainda na primeira eleição que houve no Conselho Local a me candidatar e fui eleito né, e já nesse primeiro mandato a gente teve uma condução e uma disposição do Conselho Regional. Nos primeiros dois anos no Conselho Regional, houve uma vacância no Conselho Municipal do nosso representante, aí eu me candidatei e fui eleito para o Conselheiro Municipal de Saúde (Usu4).

Nas observações realizadas, ficou evidente a participação mais ativa dos conselheiros que já exerciam este papel no conselho de saúde há mais tempo. Esses conselheiros exerciam domínio a partir de seus argumentos e conveniam, nos momentos de votação, os mais tímidos ou com pouco conhecimento a apoiarem suas sugestões e opiniões. Oliveira (2006) destaca a função pedagógica da participação, capacitando os conselheiros para o domínio dos complexos conteúdos da política de saúde.

A Resolução nº 333, de 4 de novembro de 2003, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sugere que o mandato dos membros dos conselhos de saúde deve ter duração de dois anos, permitindo a recondução por mais dois anos, a critério das respectivas representações. A Resolução do CNS nº 423, de 10 de maio de 2012, no item V, acrescenta que, a cada eleição, os segmentos de representações de usuários, trabalhadores e prestadores de serviços, ao seu critério, promovam a renovação de, no mínimo, 30% de suas entidades representativas.

Um dos entrevistados defendeu o interstício de quatro anos, afirmando que o conselheiro só começa a atuar efetivamente depois do segundo ano de mandato:

[...] sou favorável ao interstício de dois anos para que novos atores entrem no processo, [...] daqui há quatro anos nós temos que sair e deixar novas cabeças a vir pensar ou quebrar a cabeça, porque a gente só começa a entender com maestria, com um pouco mais de maestria, depois do segundo ano. Porque eu passei um ano e meio. Eu digo por que eu já entrei sabendo um pou-

co, o pessoal diz que tá com muito tempo, mas é que eu passei um ano e meio indo às reuniões sem ser conselheiro, só como ouvinte, como cidadão, e não tinha direito a voto, mais tinha o direito de opinar e isso foi me apaixonando, nessa discussão, nesse debate e resolvi entrar em torno desse sistema de eleição de conselho (Usu6).

O sistema de saúde é complexo e dinâmico, exigindo dos conselheiros conhecimentos específicos sobre a legislação e sobre o funcionamento do sistema. A arena do CMS se torna cenário da práxis do conselheiro, em um curso intensivo de cidadania, exigindo, no início de sua atuação, o recuo e o silêncio como formas de aprendizado, conforme o relato abaixo:

No começo eu ficava quieto, era questionado até muitas vezes que eu era calado [...] às vezes brincavam comigo: o senhor chega calado e sai mudo, mas na realidade é porque era um aprendizado, naquele momento [...] eu passei praticamente esses dois anos como suplente aprendendo e o que eu aprendi agora quando titular eu tô passando a me soltar um pouquinho, aos poucos (Usu2).

No contexto deste estudo, o conselheiro assume a responsabilidade de participar das três instâncias de conselhos. Conforme relatos anteriormente demonstrados, embora a trajetória seja ascendente, ela é, na maioria das vezes, instantânea. Desta forma, o desconhecimento das políticas públicas e de suas atribuições, fragiliza a participação, oca-

sionando baixo impacto nestes espaços de luta: “Eu entrei logo de cara nessas três instâncias [...] no começo foi meio enrolado, teve momentos que eu pensei em abandonar, porque eu não tinha conhecimento” (Usu2).

O desconhecimento sobre as atribuições do Conselho, representado aqui como falta de capacitação, contribui para uma participação limitada. A participação limitada e a apatia têm uma função positiva no conjunto do sistema, por amortecer o choque das discordâncias, dos ajustes e das mudanças, retardando o avanço das lutas (PATEMAN, 1992).

Ser um conselheiro é uma coisa muito, como se diz assim, é... difícil, difícil assim, porque você tem que saber, você tem que aprender como é que você entra. Eu não fui votado, eu fui posto lá e pronto “é conselheiro”, quer dizer não houve uma votação, primeira irregularidade, depois com o tempo, no ano passado é que eu fui descobrir, entendeu? Porque se fazem reuniões no conselho e os cursos de capacitação que seria o básico, era você mostrar ao conselheiro como é o procedimento para participar das votações, [...] teria que ter todas essas coisas pra você ser eleito. Quer dizer, isso nunca foi repassado pra minha pessoa, então dificultou muito, quando eu vim perceber já estava presidente do Conselho da Regional (Usu5).

Outro depoimento em destaque aponta o envolvimento do usuário no Conselho Local de Saúde por consequência da fragilidade da oferta dos serviços de saúde. A

partir de uma necessidade individual surge uma “nova representação”, na tentativa da construção coletiva do direito à saúde:

[...] um filho que tenho, desde 45 dias de nascido, ele fazia hemodiálise né, então eu via aquela dificuldade de conseguir medicamento, então eu terminei me envolvendo nisso para defender não só o meu filho, mas os outros que eu achava uma injustiça muito grande, que você não tem um medicamento (Usu5).

O direito à saúde é mais que um direito ao consumo de saúde, é mais do que a democratização do consumo da assistência médica, embora seja essencial (SPOSATI; LOBO, 1992). Nesta perspectiva o usuário/consumidor é, ao mesmo tempo, um sujeito democrático que participa da construção das políticas de saúde:

Devido eu passar muito tempo indo ao posto pra conseguir uma consulta e não conseguir, aí eu me revoltei, sendo mal atendido, mal tratado, aí eu fiquei pensando como é que eu poderia ajudar ou mudar essa situação. Aí indo nas reuniões lá do posto eu vi que podia... Aí devido a isso fui para a eleição no posto e me candidatei no Conselho Local, Regional e consegui ir para o Municipal, tá entendendo. Minha eleição foi assim, como usuário já tinha a experiência e foi pelo sofrimento. Muitas vezes eu estava na porta de um médico e eu ver ele maltratando e eu ter que saber

como agir e como falar com ele, porque se a gente fala com ele não escuta né, e aqui não, aqui (no conselho) eu tenho a voz pra falar e tenho falado muitas coisas. Sinceramente eu não tenho partido político, eu não tenho nada, eu só tenho a vontade que isso funcione certo (Usu7).

Em uma sociedade de classe, as questões relacionadas ao poder e ao conhecimento são obstáculos ainda hoje presentes que dificultam a participação dos desiguais (MORITA; GUIMARÃES; DI MUZIO, 2006). Nesta perspectiva, a participação da sociedade pode ser tensionada pela falta de acesso aos serviços de saúde.

Dialeticamente, evidencia-se, também, o desejo de mudança e de ruptura de um sistema centralizador e autoritário que alimenta a cultura de não participação, dificultando, assim, o diálogo entre Sociedade e Estado.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O estudo foi realizado na intenção de desvendar a trajetória dos conselheiros de saúde que tinham como ponto de partida o Conselho Local de Saúde, caminhavam até o Conselho Regional e se firmavam no Conselho Municipal de Saúde como representantes dos usuários de sua comunidade.

Não pretendemos com este estudo propor um perfil de conselheiro ideal, pois temos a compreensão de que a participação é uma conquista permanente e inacabada. A sua construção aponta como alicerce as particularidades de

cada realidade vivenciada, devendo levar em consideração os aspectos históricos, culturais, políticos e sociais nas lutas cotidianas pelo exercício da cidadania oportunizado pelo controle social.

A partir dos resultados apresentados, percebemos, também, que o controle do Estado pela sociedade civil é um processo de construção que envolve situações complexas. Sua maior compreensão exige dos pesquisadores um aprofundamento das teorias sociais e uma aproximação do campo do estudo para o desvelamento das múltiplas dimensões e inter-relações que se formam no interior desses organismos participativos.

Ao descrevermos a trajetória dos conselheiros, os relatos evidenciaram que a sua participação se inicia no Conselho Local de Saúde pelos seguintes motivos: a não participação de outros usuários dos serviços de saúde; por curiosidade; por necessidade ou falta de acesso aos serviços de saúde. Embora todos estivessem envolvidos com movimentos sociais, não conheciam os conselhos de saúde como espaços de participação popular.

A ascensão dos conselheiros locais para o CMS é quase que instantânea, exigindo a compreensão da complexidade do sistema de saúde, seu funcionamento e suas políticas. Este fato pode ser compreendido como dificultador da participação dos conselheiros, pois, segundo as entrevistas e a observação, o cenário do CMS se torna, nos dois primeiros anos de atuação, palco de processo prático formativo. Neste sentido, o desejo de “tomar parte” do CMS passa a ser substituído por apenas “fazer parte” do processo, fragilizando a sua atuação.

O surgimento de novos atores sociais inseridos no

controle social capazes de promover o reconhecimento do conselho como espaço de interesses coletivos e de aprofundamento de uma consciência sanitária depende da sua divulgação, capacitação e de informação sobre o controle social na comunidade.

Uma limitação do estudo foi a impossibilidade de acompanhamento das plenárias locais e regionais dos conselheiros entrevistados. Os sentidos, significados e a subjetividade do objeto do estudo ampliam a necessidade da realização de novas pesquisas para o preenchimento das inquietações encontradas.

## 5. REFERÊNCIAS

ACIOLI, S. Participação social na saúde: revisitando sentidos, reafirmando propostas. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção social da demanda**. Rio de Janeiro: CEPESC; UFRJ; Abrasco, 2010. p. 293-301.

ARANTES, C. I. S. *et al.* O controle social no Sistema Único de Saúde: concepções e ações de enfermeiras da atenção básica. **Texto contexto – enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 470-478, jul./set. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072007000300013&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072007000300013&script=sci_arttext)>. Acesso em: 24 set. 2011.

ASSIS, M. M. A.; JORGE, M. S. B. Métodos de análise em pesquisa qualitativa. In: SANTANA, J. S.; NASCIMENTO, M. A. (Org.). **Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social**. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana, 2010. p. 139-159.

BOSI, M. L. M. Cidadania, participação popular e saúde na visão dos profissionais do setor: um estudo de caso na rede pública de



serviços. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 446-456, dez. 1994.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2012. [Aproximadamente 2 telas]. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br>>. Acesso em: 23 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes nacionais para capacitação de conselheiros de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CARVALHO, A. I. **Conselhos de saúde no Brasil**: participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro: Fase; Ibam, 1995.

COHN, A. Cidadania e formas de responsabilização do poder público e do setor privado pelo acesso, equidade, qualidade e humanização na atenção à saúde. In: Conferência Nacional de Saúde, 11., 15-19 dez. 2000, Brasília. **Caderno da 11ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Conselho Nacional da Saúde/Ministério da Saúde, 2000. p. 43-55.

CORREIA, M. V. C. Controle social na saúde. In: MOTA, A. E. (Org.). **Serviço Social e saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2008. p. 1-29.

COTTA, R. M. *et al.* Participacion social y sistemas sanitários em Brasil vs. España. **Centro de Salud**, [S.l.], v. 8, p. 450-455, 2000.

COTTA, R. M. M. *et al.* O controle social em cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos Conselhos de Saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 1121-1138, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312011000300019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000300019&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 24 set. 2011. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312008000100007>.

DIAS, R. B. “Eu? Eu estou aí, compondo o mundo”: uma experiência de controle de endemia, pesquisa e participação popular vivida em Cansanção, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 2, p. S149-S157, 1998.

FUKS, M. Participação e influência política no Conselho Municipal de Saúde de Curitiba. **Rev. Sociol. Polit.**, Curitiba, n. 25, p. 47-61, nov. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-4782005000200006&lng=en&nrm=i-so](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-4782005000200006&lng=en&nrm=i-so)>. Acesso em: 24 set. 2011.

LABRA, M. E.; FIGUEIREDO, J. S. A. de. Associativismo, participação e cultura cívica: o potencial dos Conselhos de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 537-547, 2002.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2004.

MORITA, I.; GUIMARÃES, J. F. C.; DI MUZIO, B. P. A participação de Conselheiros Municipais de Saúde: solução que se transformou em problema? **Saude soc.**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 49-57, abr. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902006000100006&lng=en&nrm=i-so](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902006000100006&lng=en&nrm=i-so)>. Acesso em: 24 set. 2011.

OLIVEIRA, L. C. **As práticas de participação institucionalizadas e sua interface com a cultura política**: um olhar sobre o cotidiano de um Conselho Municipal de Saúde no Nordeste brasileiro. 2006. 258 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

OLIVEIRA, M. L. de; ALMEIDA, E. S. de. Controle social e gestão participativa em saúde pública em unidades de saúde do município de Campo Grande, MS, 1994-2002. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 141-153, mar. 2009.

Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902009000100014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000100014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 24 set. 2011.

PATEMAN, C. **Participação e Teoria Democrática**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

PEDROSA, J. I. S. Dilemas e perspectivas do SUS no Estado do Piauí: uma conversa com conselheiros. **Saúde debate**, Londrina, n. 49/50, p. 28-32, mar. 1996.

SPOSATI, A.; LOBO, E. Controle social e políticas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 366-378, dez. 1992.

TESTA, M. **Pensamento estratégico e lógica de programação**: o caso da saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995. p. 15-103.

VALLA, V. V. Participação popular e saúde: a questão da capacitação técnica no Brasil. In: \_\_\_\_\_; STOTZ, E. M. (Org.). **Participação popular, educação e saúde**: teoria e prática. 2. ed. Rio de Janeiro: Relumê-Dumará, 1993. p. 55-86.

VAZQUEZ, M. L. *et al.* Nível de informação da população e utilização dos mecanismos institucionais de participação social em saúde em dois municípios do Nordeste do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, supl. p. 141-155, dez. 2005.

## CAPÍTULO 3

### AS ESTRATÉGIAS DE PARTICIPAÇÃO DO CONSELHO DE SAÚDE DE CRATO – CE

Berenice Temoteo da Silva  
Lucia Conde de Oliveira  
Maria Marlene Marques Ávila

#### 1. INTRODUÇÃO

O reconhecimento da saúde como direito do cidadão e dever do Estado, na Constituição brasileira de 1988, decorreu da construção de um projeto reformador no âmbito do movimento sanitário. Além da proposta de assegurar a saúde como um direito de cidadania, a sociedade brasileira conseguiu imprimir a participação comunitária na Constituição e, a partir da Lei Orgânica da Saúde, criar instâncias colegiadas de caráter permanente, deliberativas e paritárias, como os conselhos e conferências, e estabelecer a participação da comunidade nos espaços de decisão colaborando para a gestão dos serviços de saúde.

Neste sentido, a conquista do direito à saúde de forma universal, integral e equânime e a subsequente garantia do direito de participação das entidades comunitárias na gestão das políticas públicas de saúde, prerrogativas do Sistema Único de Saúde (SUS), representam um grande avanço no processo de democratização da sociedade brasileira e

uma importante conquista cidadã resultante do movimento da reforma sanitária.

Contudo, ainda que se tenha conseguido sancionar na Constituição uma reformulação do sistema de saúde, há grandes dificuldades para implementá-lo, pois a realidade vivenciada pelos cidadãos que utilizam o SUS, em muitos momentos, indica a persistência da negação do direito à saúde, apesar de seu amparo legal (PAIM *et al.*, 2011). Logo, a definição constitucional da saúde como um direito não representa, na prática, a garantia de acesso nem mesmo a assistência à saúde para toda a população brasileira.

A escassez de recursos no SUS, como indica Bahia (2008), está marcada por indefinição da fonte de financiamento; autorização legal da participação, em caráter complementar, do setor privado e, mais recentemente, do capital estrangeiro no SUS; sucessivos desvios históricos de fundos destinados especificamente à saúde para outros fins; isenções fiscais aos planos e seguros privados de saúde; e, mais recentemente, a aprovação do orçamento impositivo que são medidas que precarizam e ameaçam o caráter público e universal do SUS.

A proposta da cobertura universal da saúde da Fundação Rockfeller, acolhida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), e a Proposta de Emenda Constitucional n° 451/2014 (PEC 451), de autoria do presidente da Câmara dos Deputados, que obriga a concessão de plano de saúde a trabalhadores urbanos e rurais pelo empregador constituem estratégias neoliberais cerceadoras do direito à saúde inscrito na Constituição brasileira (CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS EM SAÚDE, 2014). Para se opor a estas po-

derosas ameaças ao direito à saúde e às constantes derrotas no âmbito do financiamento existem dezenas de nichos internos ao sistema de saúde que militam em defesa do SUS<sup>1</sup>.

Neste sentido, este estudo tem como hipótese que a participação social no Conselho de Saúde pode constituir uma das estratégias de enfrentamento aos golpes sucessivos sofridos pelo SUS, na medida em que consiste em um canal institucionalizado de participação popular presente nas três esferas de governo com capacidade legal de exercer o controle social sobre as ações do Estado.

Este estudo é derivado de uma dissertação de mestrado que pesquisou as estratégias de participação empreendidas pelos conselheiros municipais de saúde de Crato – CE e buscou responder em que medida a participação da sociedade no Conselho de Saúde fortalece a defesa do SUS e quais estratégias de participação são empreendidas pelos conselheiros com vistas à concretização do direito à saúde.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada, com 18 conselheiros dos quais 12 representavam o segmento de usuários e 6 o de trabalhadores da saúde. Também foram observadas nove reuniões do Conselho, sendo seis ordinárias e três extraordinárias, entre os meses de julho e dezembro de 2013. Os dados foram organizados pela análise de conteúdo de Bardin (2009). Os entrevistados estão identificados pela letra E seguida de um número de ordem.

A análise identificou quatro categorias:

Categoria I – Estratégias e táticas utilizadas na luta pelo direito à saúde, formada por cinco subcategorias assim

---

<sup>1</sup> Palestra proferida por Nelson Rodrigues no 11º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva da ABRASCO, 2015.

descritas: Subcategoria I: Reivindicação, denúncia e fiscalização; Subcategoria II: Táticas realizadas na concretização do direito à saúde; Subcategoria III: Empoderamento da população; e a Subcategoria IV: Coalizão interna do Conselho em defesa do direito à saúde.

Categoria II – Possibilidades para concretizar o direito à saúde composta por duas subcategorias: Subcategoria I: Ideias para fortalecer a luta pelo direito à saúde; e a Subcategoria II: Condicionalidades para fortalecer a luta pela concretização do direito a saúde.

Categoria III – Dificuldades para concretizar o direito à saúde representada por cinco subcategorias. A Subcategoria I: Acesso a serviços; Subcategoria II: Eles engavetam o que a gente aprova; Subcategoria III: Comunicação/informação; Subcategoria IV: Infraestrutura; e Subcategoria V: Recurso financeiro.

E, finalmente, a Categoria IV – Contramovimento pela concretização do direito à saúde.

## **2. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **2.1. CATEGORIA I – ESTRATÉGIAS E TÁTICAS UTILIZADAS NA LUTA PELO DIREITO À SAÚDE**

A estratégia mais utilizada pelos conselheiros consistiu no uso da tribuna do Conselho para reivindicar, denunciar e fiscalizar (Subcategoria I). As reivindicações variaram em torno de questões focalizadas e individuais e de demandas amplas de cunho coletivo. Os conselheiros reivindicaram melhorias na infraestrutura dos postos de saúde e do próprio Conselho, qualidade nos serviços de saúde, melhores

condições de trabalho, esclarecimento da população sobre o direito à saúde, assim como o aumento no financiamento do SUS:

[...] a gente precisa era que tivesse mais médico, mais enfermeiro, mais dentista (E16).

[...] a nossa maior luta é para que haja recurso no SUS, recurso da união nos municípios (E14).

O aspecto da focalização das reivindicações em demandas desconectadas de um projeto global de sociedade consiste em uma fragilidade de muitos movimentos sociais. Coelho (2012) destaca que as conquistas imediatas de pequenas demandas podem ser mobilizadoras de um movimento popular, mas é preciso amadurecer os objetivos buscados para lutar por conquistas mais abrangentes, pois, quando as possibilidades de ganhos imediatos diminuem, o grupo tende a esvaecer-se.

A reivindicação dos conselheiros nestes espaços deliberativos constitui uma importante estratégia de participação. Porém, até mesmo as demandas por serviços de abrangência local e de baixo impacto apresentadas nas reuniões, na maioria das vezes, não foram atendidas. Isto gera acomodação e não amplia os horizontes da luta por questões mais amplas capazes de qualificar a oferta das ações e serviços de saúde e, com isto, melhorar a saúde da população.

Na relação individual/coletivo existente no Conselho, a participação aparece não só como meio para ganhos coletivos, mas, também, individuais. Para Vieira *et al.* (2013),



a participação se inicia com base em um conjunto de interesses individuais e, a partir disto, nestes espaços, através de mecanismos de consenso são definidas as lutas prioritárias para a melhoria da comunidade.

Esta relação contraditória entre a racionalidade individual e a racionalidade coletiva nas ações coletivas foi discutida por Olson, na teoria dos grupos sociais, em 1965. Uma análise do comportamento participativo de conselheiros de saúde de três municípios da Região Metropolitana de Belém (PA), empreendida por Farias Filho, Neves da Silva e Mathis (2014) a partir da teoria de grupos sociais, permitiu evidenciar que a busca por benefícios individuais superou a busca por benefícios coletivos.

Em uma sociedade marcada pelo individualismo, competitividade e disputa pelo poder, esperar dos conselheiros de saúde a participação solidária, gratuita e desinteressada no Conselho seria uma esperança frustrada, ingênua e descolada da realidade brasileira. Deste modo, o que torna problemática a participação representativa no Conselho é a supremacia das questões individuais sobre as coletivas.

Contudo, nem todas as reivindicações foram pontuais, uma vez que a necessidade de aumento do financiamento do SUS entrou em discussão. Não é de estranhar que esta seja uma das reivindicações dos conselheiros, tendo em vista que o subfinanciamento do SUS desde a sua fundação, parece não ter ruptura com o passado. De acordo com Silva e Rotta (2012), embora constitucionalizados, os recursos para o sistema de saúde público brasileiro ainda são escassos para atender à demanda, prevalecendo os mesmos impasses de

antes da constituinte: desregulamentação, jogo de interesse político, falta de governança e irregularidades dos aportes financeiros à saúde.

Já em relação às denúncias feitas na tribuna do Conselho, o alvo consistiu na grande quantidade de profissionais de saúde com contratos temporários no município em detrimento dos profissionais concursados bem como a dificuldade de acesso a procedimentos de alto custo:

[...] lutamos para que acabe com o grande número de contratos temporários na saúde, porque o dinheiro vai embora (E14).

[...] eu falei em uma reunião em nosso Conselho, o governo do estado ele tem dinheiro para fazer viagens pela Europa, ele tem dinheiro para comprar caviar, mas não têm 180 mil reais para realizar uma cirurgia de um cidadão cratense e cearense (E15).

Martins e Molinaro (2013) indicam que o estabelecimento de vínculos irregulares de trabalho e a desregulação do mercado de trabalho provocam a sua precarização ao tempo em que reflete na qualidade da assistência prestada ao paciente. Deste modo, na medida em que a qualidade da atenção à saúde está atrelada a melhores condições de trabalho, o Conselho de Saúde se torna um espaço legítimo para levantar a bandeira em defesa dos trabalhadores da saúde e da saúde pública de qualidade.

No que se refere à insatisfação do conselheiro frente à indisponibilidade de recurso para realizar procedimentos de alta complexidade, isto retrata um forte traço de individualismo. Os procedimentos de alto custo, quando disponíveis

na rede de serviço do SUS, devem ser realizados pelo serviço público de saúde dependendo apenas da articulação da gestão com outras regiões de saúde que dispõem do serviço. Neste sentido, alocar recurso para a realização de tais serviços para o setor privado se configura como uma atitude contrária ao fortalecimento do sistema público de saúde, uma vez que drena recursos destinados ao setor público para o privado.

A fiscalização dos recursos públicos destinados ao SUS é um dos atributos do Conselho e foi uma tarefa bastante exercida pelos conselheiros: “[...] para ver o que é que o próprio secretário recebe, os recursos, recebe os medicamentos e outras coisas na área da saúde para transferir para a nossa comunidade” (E8).

O Conselho de Saúde é uma possibilidade real de a sociedade exercer o controle fiscal do Estado relativo aos gastos com saúde, contudo, conforme discussão feita por Oliveira, Ianni e Dallari (2013), os encaminhamentos de demandas da gestão para análise e a aprovação do Conselho se devem, em grande medida, à busca de legitimidade das ações do Estado.

Os achados que dão sustentação à subcategoria II – Táticas utilizadas na direção da garantia do direito à saúde – são a deliberação a favor da aquisição de medicamentos de alto custo, a criação da Comissão de Acompanhamento de Distribuição de Medicamentos, a realização de palestras, a criação de cursos de educação permanente e o pleito pela aquisição de serviços em instâncias superiores: “[...] foi criada dentro do Conselho uma comissão [...] [para saber] como estão sendo distribuídos os medicamentos, como está o atendimento nos postos” (E13).

O acesso a medicamentos é uma das grandes contradições do sistema de saúde brasileiro, que se propõe universal, integral e equânime. A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais dispõe de atualização bianual prevista no Decreto n° 7.508/2011 e assegura o acesso e o uso racional de medicamentos, todavia, a despesa com medicamentos ainda representa mais de 70% do gasto com saúde por meio do desembolso direto entre os mais pobres (BRASIL, 2008 apud PAIM *et al.*, 2011). Neste sentido, acompanhar a dispensação de medicamentos no município constitui uma estratégia válida na tentativa de reduzir as desigualdades em saúde.

A simples presença nas reuniões do Conselho foi destacada como uma participação estratégica. Souza *et al.* (2012) também consideram que a participação nos conselhos e conferências é oportuna, na medida em que a população tem a oportunidade de discutir as políticas de saúde a serem executadas pelos gestores. No entanto, considera-se que a não participação e a participação simbólica (ARNSTEIN, 1969), ou seja, estar presente nos espaços de poder, mas não exercê-lo, inverte a positividade de participar de colegiados deliberativos servindo apenas para legitimar as decisões tomadas pela cúpula.

Por sua vez, a Subcategoria III – Empoderamento da população – se dá por meio das estratégias: divulgação de informações sobre os direitos de cidadania; capacitação técnica dos conselheiros; publicização do Conselho como espaço de participação popular; judicialização da saúde; incentivo ao uso dos meios de comunicação como instrumento de denúncia; e práticas de medicina popular. Estas estraté-

gias foram apontadas pelos conselheiros com o sentido de descentralizar o poder técnico e político em saúde (TESTA, 1995) e garantir o direito à saúde: “Eu sempre digo, se você for para um posto de saúde e não for atendido, não tem médico, não tem nada para lhe atender, você saia de lá, vá na delegacia, faça um BO e vá para o ministério público, eu oriento dessa maneira” (E5).

Uma estratégia basal na luta pelo direito à saúde consiste em informar a população acerca dos direitos e deveres de cidadania, isto porque a descentralização do poder ocorre, sobretudo, pela via da disseminação do conhecimento e da informação, necessária, inclusive, à formação técnica do conselheiro. Deste modo, o empoderamento da sociedade civil ganha um papel estratégico no sentido de torná-la responsável por parte das decisões distributivas que vinham sendo tomadas pelo Estado bem como de reorientar para a sociedade recursos e tarefas até então sob a responsabilidade do Estado (COELHO; ANDRADE; MONTOYA, 2006).

No tocante à visibilidade do Conselho, é fundamental que a população reconheça e legitime as ações dos seus representantes. Neste sentido, Souza *et al.* (2012) consideram indispensável que a população reconheça a função do Conselho de Saúde para que se possa conquistar o que é possível por meio de um Conselho realmente ativo. Contudo, o estudo de Bispo Júnior (2013) desenvolvido no Conselho Estadual de Saúde da Bahia revela a baixa visibilidade das suas ações e o desinteresse da população pelas questões relativas ao Conselho de Saúde.

Outra medida de empoderamento assinalada foi a judicialização da saúde que, de acordo com Fleury (2012),

diz respeito ao uso do recurso judicial como forma de exigir o direito à saúde. O posicionamento do entrevistado identificado como E5 está em consonância com a referida autora quando esta afirma que a judicialização decorre do aumento da democracia e da inclusão social representadas pela positividade dos direitos sociais e pela difusão da informação e da consciência cidadã.

No que concerne ao uso dos meios de comunicação como instrumento de denúncia frente à negação do direito à saúde, de fato, isto pode repercutir positivamente no sentido de agilizar a solução de problemas de saúde pontuais. Entretanto, esta ferramenta também tem sido amplamente utilizada pelos grandes empresários de planos e seguros de saúde para fragilizar o SUS, na medida em evidencia suas falhas com a intenção de formar um consenso em torno da incapacidade do sistema público de atender as demandas de saúde da sociedade e, desta forma, angariar novos clientes para o setor privado e, sobretudo, imobilizar possíveis forças sociais em defesa do SUS. Daí, é importante ficar atento para quais interesses estão sendo fortalecidos quando este aparelho ideológico é utilizado.

A Subcategoria IV – Coalizão interna do Conselho em defesa do direito à saúde – evidencia a articulação entre conselheiros do segmento de usuários para deliberar questões de interesse comum, como se pode ver na fls a seguir: “[...] a gente se articula com outros movimentos, com outros conselhos, inclusive com o Conselho Nacional de Saúde” (E4).

A paridade no Conselho ocorre com vistas a permitir a distribuição equitativa do poder de forma a proporcionar

esta mesma equidade de influência no processo decisório. Porém, o Conselho consiste em uma arena permeada de interesses conflitantes, o que torna fundamental, em alguns momentos, a estratégia de formar grupos de coalizão. Isto não significa, necessariamente, que a aliança estabelecida seja em defesa do SUS. Atores individuais ou coletivos possuidores de recursos e de hegemonia podem persuadir grupos aliados para deliberar conforme seus interesses ou, simplesmente, esvaziar o Conselho no intuito de desvalorizar as decisões tomadas pelos blocos com poder naquele momento.

Para Moreira e Heidrich (2012), dentro dos conselhos, os interesses do capital podem ser defendidos assim como os interesses do bem público universal, dependendo de como serão aprovadas as propostas apresentadas em torno da política de saúde. Logo, cabe aos conselheiros de saúde não esquecer que, no consenso a ser buscado na aprovação das propostas, devem estar preservados os princípios e as diretrizes do SUS.

A Subcategoria V – Articulação externa do Conselho em defesa do direito à saúde – indica a articulação dos conselheiros com o movimento representado e com aqueles que lá não possuem assento:

A gente também se articula com a rede de educação cidadão RECID e ANEPS e pega carona em todas as instituições que têm um trabalho com as minorias, então se derem uma caroninha para a gente, estamos lá para pautar o debate, não só sobre saúde, como educação, como de direitos... (E4).

Que a gente está aqui e leva para lá o que foi discutido o que foi debatido e vai também ouvir o povo para trazer para aqui (E8).

Essas estratégias são fundamentais para que os interesses disputados no Conselho correspondam às demandas da sociedade e, sobretudo, para que tenham suas questões legitimadas e fortalecidas pelos demais movimentos sociais. Para Batista e Melo (2011), é crucial associar a representação à vontade expressa dos cidadãos representados como forma de canalizar, para dentro das instâncias, as necessidades, preferências e os interesses coletivos de diferentes atores e grupamentos sociais para que seja devidamente levada em consideração nas tomadas de decisões.

## 2.2. CATEGORIA II – POSSIBILIDADES PARA CONCRETIZAR O DIREITO À SAÚDE

Da análise desta categoria surgem duas subcategorias.

Subcategoria I – Ideias para fortalecer a luta pelo direito à saúde:

O trancamento de pauta e o aumento para 75% do percentual de representantes dos usuários no Conselho foram ideias defendidas pelos conselheiros com vistas a concretizar o direito à saúde sob o argumento de que esta estratégia exerce uma forte pressão para que os interesses da população sejam considerados pelos responsáveis pelas diretrizes das políticas de saúde.



Relativamente a essas ideias, considera-se uma tática autoritária a exacerbada centralização do poder nas mãos dos conselheiros representantes do segmento de usuários descartando, dessa forma, tanto a igualdade de oportunidade dos demais segmentos de influenciar o processo decisório como o potencial de enfrentamento e mobilização da população.

Outra possibilidade apontada no intuito de concretizar o direito à saúde consistiu na participação da comunidade na cogestão dos serviços de saúde, por meio da administração do posto de saúde compartilhada entre os profissionais de saúde e usuários. Partindo do pressuposto de que a população é quem melhor reconhece suas necessidades de saúde, torna-se coerente que participe da gestão dos serviços de saúde a ela direcionados.

Já a ideia de o Conselho dispor de fundos para custear o trabalho dos conselheiros surge da necessidade de deslocamento do representante até a sede do município para as reuniões e para visitar as comunidades mais distantes para conhecê-las e pôr em pauta as demandas que surgirem. Corrobora-se com este pensamento de distribuição dos gastos necessários para a participação para toda a população, já que os benefícios conquistados pela participação de poucos serão estendidos para toda a sociedade civil e política.

Quanto à criação de um canal de comunicação em estação de rádio para facilitar a comunicação entre os conselheiros e a população por eles representada e auxiliar na divulgação dos direitos do cidadão, o fortalecimento de canais de comunicação com a comunidade é indispensável tanto para a mobilização das pessoas quanto para a articula-

ção com as necessidades reais da população. A legitimidade destes espaços se constrói na relação estabelecida com a comunidade (VIEIRA *et al.*, 2013).

Na Subcategoria II – Condicionalidades para fortalecer a luta pela concretização do direito a saúde –, o direito à saúde aparece condicionado à qualidade da gestão dos recursos públicos, ao compromisso dos governantes com a sociedade, aumento do financiamento para o SUS, reconhecimento e execução do real papel do conselheiro e a maior participação da população:

[...] e eu acho que está faltando um melhoramento da gestão do dinheiro público para as coisas acontecerem (E2).

Se houver recursos no caso do petróleo, se vier de fato só para os municípios nós vamos melhorar (E14).

Os conselheiros são bastante sensatos ao egerem relevantes e abrangentes condicionalidades necessárias à concretização da saúde como um direito, pois, sem estes elementos, torna-se inviável vislumbrar o avanço rumo à garantia do direito à saúde universal e pública de qualidade.

Assim, as possibilidades vislumbradas pelos conselheiros na direção da concretização do direito à saúde ocorreram no sentido de transformar a potência da sociedade civil em poder (TESTA, 1995) e fortalecer a base popular do Conselho de Saúde. Exceto pela centralização autoritária do poder, a estratégia de ocupar espaços no seio da sociedade civil (guerra de posição) pode ser bastante válida, uma vez que possibilita a conquista da hegemonia em torno da defesa de um sistema público e universal de saúde.

### 2.3. CATEGORIA III – DIFICULDADES PARA CONCRETIZAR O DIREITO À SAÚDE

A Subcategoria I – Acesso a serviços – é um dos aspectos mais pragmáticos da consolidação do direito à saúde e a falta de acesso fere este direito: “[...] às vezes, as pessoas procuram um atendimento simples e não tem” (E3).

À época da pesquisa de campo, o município de Crato apresentava cobertura de 77,8% de atenção básica, 45,8% de cobertura das equipes de saúde bucal, 208 Agentes Comunitários de Saúde, dois Centros de Especialidade Odontológica e um Centro de Atenção Psicossocial (CEARÁ, 2013). Além da atenção básica, o município contava com um hemocentro, oito unidades de serviços de apoio diagnóstico privados, três policlínicas públicas e duas privadas, um Laboratório Central de Saúde Pública, um hospital geral filantrópico, quatro privados sendo um especializado e 83 consultórios isolados privados. Possuía seis leitos de unidade intermediária neonatal e vinte leitos de Unidade de Terapia Intensiva adulto (BRASIL, 2010).

No âmbito nacional, o acesso e a utilização dos serviços de saúde medidos pela Pesquisa Nacional de Saúde, 2013, realizada pelo IBGE (2015) mostram que dentre as 30,7 milhões de pessoas que procuraram algum atendimento de saúde nas duas últimas semanas anteriores à data da entrevista, 97,0% afirmaram ter conseguido atendimento e 95,3% foram atendidas na primeira vez em que o procuraram. Das pessoas que não conseguiram atendimento de saúde, na primeira vez em que o procuraram, 38,8% alegaram que não tinha médico atendendo e 32,7% não conseguiram vaga ou pegar senha.

Estes dados apontam para um quadro menos caótico do que o mostrado pelos aparelhos ideológicos da grande mídia que ostentam os 5% que tiveram acesso negado aos serviços públicos de saúde, episódio reverberado pelos mais desavisados que cedem, consciente ou inconscientemente, aos interesses neoliberais de privatização da saúde<sup>2</sup>.

A Subcategoria II – Eles engavetam o que a gente aprova – demonstra outra dificuldade enfrentada para concretizar o direito à saúde, isto é, o boicote às decisões tomadas pelo Conselho de Saúde:

[...] a maior dificuldade é que eles engavetam o que a gente diz o que a gente aprova (E8).

[...] não tem muita resolução nas coisas que acontecem no Conselho, aquelas discussões, aquele pessoal se exalta defendem isso e aquilo, mas no final de contas não dá em nada, as soluções não saem (E18).

Neste sentido, Bispo Júnior e Gerschman (2013) assinalam que, embora a Lei nº 8142/1990 estipule a obrigatoriedade do gestor de homologar as deliberações do Conselho, não estão estabelecidas sanções em caso do descumprimento. Desta forma, a primazia do executivo na decisão final e na implementação das políticas de saúde é muito bem utilizada pelos gestores, quando as deliberações do Conselho estão em desacordo com suas intenções. Com isto, apesar das práticas participativas representarem experiências de democratização do poder, aproximando governo e popu-

---

<sup>2</sup> Conferência proferida pelo prof. Dr. Jairnilson Paim do ISC/UFBA na 11ª Conferência Brasileira de Saúde Coletiva da ABRASCO, 2015.

lação, seu êxito irá depender, principalmente, da forma como o governo se posicionará frente ao engajamento destes novos atores sociais. Tal posicionamento, quando conservador, faz com que os resultados pretendidos pela população organizada não se concretizem (VIEIRA *et al.*, 2013).

A Subcategoria III – Comunicação/Informação – destaca a falta de informação da população acerca do direito à saúde como uma dificuldade importante: “Muitas pessoas não procuram seus direitos porque não sabe, não conhece” (E3).

Este aspecto foi discutido por Oliveira (2006), segundo quem, apesar de ter aumentado a consciência dos direitos, esta ainda é uma noção minoritária entre os cidadãos, produto da história de como os direitos chegaram, para a maioria da população, como concessão ou outorga dos governantes ou como favores clientelísticos, uma marca da cultura política brasileira.

#### 2.4. CATEGORIA IV – CONTRA MOVIMENTO PELA CONCRETIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE

O anseio por plano privado de saúde exclusivo para os servidores públicos da saúde e o privilégio no atendimento dos serviços de saúde tanto para servidores quanto para conselheiros permeia as aspirações dos conselheiros:

[...] eu já bati de frente com vários secretários, porque que nós que somos o servidor da saúde fazemos a saúde, sempre que precisa tivesse um planozinho de saúde. A gente tem que ser atendido no SUS como qualquer outro usuário (E15).

[...] quando [...] a gente [...] se identifica como membro do Conselho de Saúde o atendimento passa a ser diferenciado (E3).

Desde o movimento brasileiro da reforma sanitária, a saúde universal faz parte do desejo das massas populares e impulsionou profissionais e intelectuais da saúde, estudantes, ativistas e a população das periferias das grandes cidades a se mobilizarem em torno do projeto de um sistema público de saúde para todos. Este audacioso projeto, mesmo na contramão da reforma neoliberal, foi inscrito na Constituição Federal e, hoje, consiste em uma importante ferramenta de luta pela sua efetivação. Todavia, a pretensão por privilégio na atenção à saúde representa uma enorme contradição, sobretudo no espaço do Conselho, e tem a ver com o processo estratégico de alienação do Conselho de Saúde para subsidiar a reprodução dos interesses neoliberais.

Destacam-se outros elementos deste contramovimento que põem em cheque a legitimidade do Conselho de Saúde: aprovação de prestação de contas indevidas do secretário de saúde pela câmara de orçamento; improbidade da gestão do bem público; predomínio dos interesses pessoais nas disputas internas do Conselho; medo de contrariar os gestores; domínio na definição da pauta do Conselho pelos gestores; propostas com prazo muito curto para votação causando o comprometimento da análise detalhada; desempate de votação feito pelo secretário de saúde; e ficar sempre calado, conivente com tudo que acontece no Conselho.

A orientação sobre a fiscalização do gasto dos recursos públicos por parte do Conselho é clara. O relatório deve ser encaminhado ao Conselho de Saúde com antecedência,

afim de que haja tempo suficiente para avaliar as informações ali existentes, podendo contar com a ajuda de pessoas capacitadas. A cada dúvida sobre a aplicação dos recursos públicos, os conselheiros de saúde têm a obrigação de solicitar esclarecimentos ao gestor. Não sendo sanada a dúvida ou havendo indícios de irregularidades, deve ser apresentada denúncia aos órgãos competentes (BRASIL, 2012).

No tocante à definição da pauta, Batista e Melo (2011) afirmam que a relação do Conselho com a administração pública se torna tranquila quando os conselheiros não representam uma posição política significativa e os pontos da pauta da reunião são ditados pelo secretário, em acordo com as matérias de interesse da secretaria municipal, com poucas demandas trazidas pelos conselheiros.

Para estes autores, são comuns as estratégias usadas para esvaziar as discussões no Conselho. Em situações de polêmica, o assunto é retirado da pauta e adiado para reuniões futuras ou, simplesmente, delegado às comissões técnicas para deliberação. A pressão dos prazos é frequentemente chamada à cena. Em síntese, há neutralização do debate político dentro do Conselho e, com isto, acaba por haver predomínio do governo sobre os outros segmentos.

Nesse sentido, Moreira e Heidrich (2012) chamam a atenção para o fato de que, apesar de todos os municípios brasileiros disporem de conselhos de saúde, devido a ser uma exigência para o repasse de recurso, seu funcionamento gera desconfiança, uma vez que não é certo que este mecanismo esteja gerando a participação da população nas tomadas de decisões da política de saúde ou que não esteja sendo manipulado através da intervenção de gestores apenas para que

sejam aprovados os documentos necessários para o repasse de verbas.

Este elemento foi trazido na pesquisa de Bispo Júnior (2013) que destacou o neocorporativismo e o clientelismo estatal distorcendo a prática dos conselhos. Para este autor, a representação centrada em algumas entidades sociais pode fazer com que estas desempenhem, nos fóruns deliberativos, uma ação neocorporativa, de defesa apenas dos interesses das entidades que representam, deixando de lado as questões sociais mais amplas e de interesse da sociedade como um todo.

Ainda na contramão do direito social à saúde, um conselheiro integrante da câmara técnica de orçamento revelou que houve muito desvio de recurso público na gestão do ex-secretário de saúde, através da compra de medicamentos sem licitação e que estes medicamentos não chegaram aos serviços de saúde<sup>3</sup>. Este fato conforma uma profunda injustiça, na medida em que, no Brasil, os recursos destinados à saúde são escassos e, muitas vezes, mal administrados por gestores que tratam o dinheiro público como se fosse privado (CORREIA, 2003).

Em conversa registrada no diário de campo, um conselheiro relata que elegeu um vereador com os votos do seu bairro e que elege qualquer um que ele quiser, basta entregar-lhe nome e foto, mas que não o faz por dinheiro, apenas porque o candidato pediu seu apoio e ele se comprometeu em ajudar. Tal informação foi corroborada por outro conselheiro durante a entrevista: “Muitos estão lá, infelizmente, para obter benesses pessoais [...] muitos usam, também, como trampolim político” (E9).

3 Informação dada após terminada a gravação da entrevista.



As lideranças comunitárias têm importante papel representativo nos espaços deliberativos do Conselho, uma vez que seria inviável a presença dos milhões de usuários do SUS nas arenas de participação social exercendo a democracia direta. Neste sentido, torna-se oportuno o processo representativo no Conselho de Saúde por meio de líderes da sociedade organizada. Entretanto, esta estratégia organizativa formidável não pode ser utilizada como uma forma de constituir cabos eleitorais e, sobretudo, para servir como moeda de troca de favores, comprometendo o processo democrático.

O processo de democratização do País é recente. Vieira *et al.* (2013) consideram que a história brasileira se caracteriza, em grande parte, por uma cultura política tradicional calcada no clientelismo, conservadorismo e patriarcalismo. Estas características da cultura política brasileira também foram discutidas por Bispo Júnior e Gerschman (2013), para os quais o clientelismo está presente nas relações entre representantes de governo e representantes societais e o que caracteriza essa prática é a negociação de bens e serviços em troca de apoio eleitoral. Neste caso, ações políticas e obras públicas podem ser destinadas a bairros, associações ou cidades inteiras e os cabos eleitorais logo tratam de promover a visibilidade do fato como sendo uma conquista do político em defesa daquela comunidade.

A análise da correlação de força entre os segmentos do Conselho de Saúde estudado permite identificar que o controle social é exercido pela sociedade política sobre o conjunto da sociedade civil tornando atual o sentido clássico de controle social cuja definição remonta ao domínio do Estado sobre a sociedade.

### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reivindicação se configurou enquanto uma das estratégias mais fortemente usadas no intuito de concretizar o direito à saúde. Isto evidencia a insatisfação dos conselheiros e também do segmento representado com o fornecimento dos bens e serviços de saúde e/ou organização dos serviços de saúde.

Além de reivindicar, fiscalizar, negociar e propor, as estratégias utilizadas pelos conselheiros na luta pela concretização do direito à saúde também consistiram na articulação interna e externa ao Conselho no intuito de fortalecer a luta pelo direito à saúde e elevar as possibilidades de influenciar o processo decisório. Neste sentido, considera-se que, apesar das atribuições dos conselheiros serem claramente descritas pelo Conselho Nacional de Saúde, as táticas de luta que cada Conselho irá utilizar serão também aquelas que resultarem da interação das relações sociais entre os conselheiros.

De modo geral, considera-se que os conselheiros usam táticas individuais e coletivas para concretizar o direito à saúde. As coletivas se referem à articulação entre os conselheiros e entidades, dentro e fora do Conselho, enquanto as individuais se referem às reivindicações, ao empoderamento da população e a práticas de fiscalização. No conjunto, tais estratégias conformam um movimento em torno da defesa da saúde como um direito de todos e dever do Estado e são fundamentais no exercício da participação social dos conselheiros. Este movimento é capaz de provocar alguma resistência dos representantes da sociedade civil no espaço do Conselho frente aos interesses da gestão, contudo, considera-se ser tal resistência insuficiente para que os anseios da

população possam ser impressos na política de saúde, uma vez que exercem pouca influência no processo decisório.

As possibilidades levantadas pelos conselheiros com vistas à concretização do direito à saúde foram de encontro a questões bastante amplas, ao fazerem referência à qualidade da gestão dos recursos públicos, ao compromisso dos governantes com a sociedade, ao aumento do financiamento para o SUS e à participação da comunidade na gestão dos serviços locais de saúde. Porém, essas possibilidades apontadas pelos conselheiros dependem dos gestores e do sistema, de modo que nenhuma destas conforma estratégias que contemplam as táticas de luta popular como a mobilização social, a pressão do movimento e a participação efetiva da comunidade.

Existe um distanciamento entre o que os conselheiros vislumbram como táticas para concretizar o direito à saúde e o que consideram como possibilidades para efetivar este direito. As possibilidades apontadas pelos informantes também não estão no escopo de suas ações, de maneira que grande parte das sugestões levantadas depende, fundamentalmente, da gestão. Neste sentido, infere-se que os conselheiros não se sentem com poder suficiente para imprimir grandes mudanças no sistema de serviços de saúde ou mesmo não se consideram corresponsáveis pelas necessárias e urgentes transformações do sistema de saúde.

O relato dos conselheiros em torno das dificuldades enfrentadas para a concretização do direito à saúde aponta para questões de grande proporção, já que, além da negação do acesso aos bens e serviços de saúde, a falta de informação da população acerca de seus direitos, o financiamento em

descompasso com as necessidades de saúde da população e o descaso da gestão em relação às deliberações do Conselho, compromete marcadamente a possibilidade de efetivar o direito à saúde. Isto permite considerar que, em parte, o Conselho pode estar sendo utilizado como instrumento de manutenção do *status quo* pelos detentores do poder, declarando que todas as partes estão sendo ouvidas quando, na verdade, os conselheiros não exercem influência no processo decisório.

As dificuldades aqui referidas reafirmam ser a saúde do povo brasileiro uma questão problemática já que os próprios conselheiros não querem ser usuários do sistema de saúde que defendem ou buscam ter suas necessidades particulares priorizadas frente aos demais usuários.

A participação nos conselhos de saúde é uma ferramenta fundamental de luta pela concretização do direito à saúde e comporta importantes desafios, sendo fundamental a persistência dos conselheiros em torno desta ferramenta. Neste sentido, aponta-se para a necessidade de resgatar elementos da luta popular, como as pressões provocadas pelas mobilizações sociais, estabelecer uma relação entre representantes e representados e, sobretudo, reconstruir o papel ativo dos movimentos sociais.

#### 4. REFERÊNCIAS

ARNSTEIN, S. R. A ladder of citizen participation. **Journal of the American Institute of Planners**, v. 35, n. 4, p. 216-224, 1969. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1080/01944366908977225>>. Acesso em: 21 out. 2013.

BAHIA, L. *A Démarche* do privado e do público no sistema de atenção à saúde no Brasil em tempos de democracia e ajuste fiscal, 1988-2008. In: MATTA, G. C.; LIMA, J. C. F. **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 123-185.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: 70, 2009.

BATISTA, E. C; MELO, E. M. A participação popular em Ipatinga (MG, Brasil): conquistas e desafios do setor de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 337-347, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000100036&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000100036&script=sci_arttext)>. Acesso em: 28 out. 2013.

BISPO JÚNIOR, J. P. **Participação social e relações de poder no Conselho Estadual de Saúde da Bahia**. Tese (Doutorado em Ciência na área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2013. <http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/7677/2/0000013.pdf>

BISPO JÚNIOR, J. P.; GERSCHMAN, S. Potencial participativo e função deliberativa: um debate sobre a ampliação da democracia por meio dos conselhos de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 7-16, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000100002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000100002&script=sci_arttext)>. Acesso em: 20 nov. 2013.

BRASIL. **Informações sobre Saúde**. 2010. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>.

BRASIL. **Sistema de Informações Orçamentos de Saúde**. 2008. Disponível em: <[http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Dados\\_RIPSA-2008](http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Dados_RIPSA-2008)>.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 453**, de 10 de maio de 2012.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. **Caderno de Informação em Saúde**. Fortaleza: SESA, 2013.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS EM SAÚDE – CEBES. **Por que defender o Sistema Único de Saúde?** diferenças entre direito universal e cobertura universal de saúde. Rio de Janeiro: Cebes, 2014.

COELHO, J. S. Construindo a participação social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 138-151, 2012. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/48776>>. Acesso em: 19 nov. 2013.

COELHO, V. S. P.; ANDRADE, I. A. L.; MONTOYA, M. C. Fóruns deliberativos: uma boa estratégia para melhorar nossas políticas sociais? **Cronos**, Natal-RN, v. 7, n. 1, p. 15-25, jan./jun. 2006. Disponível em: <<http://ufrn.emnuvens.com.br/cronos/article/view/3185>>. Acesso em: 21 nov. 2013.

CORREIA, M. V. C. **Que controle social?** os conselhos de saúde como instrumento. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. 1a. reimpressão.

FARIAS FILHO, M. C.; NEVES DA SILVA, A.; MATHIS, A. Os limites da ação coletiva nos Conselhos Municipais de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 6, p. 1911-1919, 2014.

FLEURY, S. Judicialização pode salvar o SUS. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 93, p. 159-162, abr./jun. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências; Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 100p.

MARTINS, M. I. C.; MOLINARO, A. Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 6, p. 1667-1676, 2013.

MOREIRA, I. A.; HEIDRICH, A. V. Participação social na saúde: limites e possibilidades de controle social em tempo de reforma do Estado. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 18, n. 2, p. 107-119, jul./dez. 2012. Disponível em: <<http://revistas.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/763>>. Acesso em: 21 nov. 2013.

OLIVEIRA, A. M. C.; IANNI, A. M. Z.; DALLARI, S. G. Controle social no SUS: discurso, ação e reação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 8, p. 2329-2338, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000800017&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000800017&script=sci_arttext)>. Acesso em: 28 out. 2013.

OLIVEIRA, L. C. **As práticas de participação institucionalizadas e sua interface com a cultura política**: um olhar sobre o cotidiano de um Conselho Municipal de Saúde no Nordeste brasileiro. 258p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2006.

PAIM, J. *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, Saúde no Brasil, p. 11-31, maio 2011.

ROCHA, E. N. *et al.* O papel do conselheiro municipal de saúde na fiscalização do orçamento público. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 104-111, jan./mar. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042013000100012&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042013000100012&script=sci_arttext)>. Acesso em: 28 out. 2013.

SILVA, C. L.; ROTTA, C. V. O dilema da universalidade e financiamento público do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 11, n. 2, p. 333-345, ago./dez. 2012. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/>

fass/article/viewFile/12126/8642>. Acesso em: 30 out. 2013.

SOUZA, T. O. *et al.* Controle social: um desafio para o conselho de saúde. **Rev Bras Enferm**, v. 65, n. 2, p. 215-221, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672012000200003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672012000200003&script=sci_arttext)>. Acesso em: 28 out. 2013.

TESTA, M. **Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995. p. 15-103.

VIEIRA, D. R. *et al.* Participação, cidadania e políticas públicas: a construção da saúde em espaços de organização popular. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 591-609, set./dez. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462013000300008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462013000300008)>. Acesso em: 9 nov. 2013.



## PARTE II

### POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO CONTEXTO DOS SISTEMAS

## CAPÍTULO 4

### PESQUISA CLÍNICA MULTICÊNTRICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: QUESTÕES ÉTICAS

Edina Silva Costa  
Andrea Caprara  
Nádia Nogueira Gomes

#### 1. INTRODUÇÃO

Estudos clínicos requerem um recrutamento significativo de participantes e são desenvolvidos, em sua grande maioria, através de procedimentos invasivos, o que torna necessário um cuidado mais detalhado no cumprimento dos princípios éticos da pesquisa durante todo o transcorrer do estudo (SILVA; OLIVEIRA; MUCCIOLI, 2005).

E foi pensando neste cuidado que o Consentimento Informado (CI) foi criado, com a intenção de limitar as barbaridades cometidas por pesquisadores que representavam pesquisas não terapêuticas, em que os sujeitos envolvidos eram prisioneiros de guerra que estavam sob total submissão e sem qualquer chance de expressar consentimento (FORMIGA, 2010). Tais experiências causaram um estuor mundial e levaram à elaboração do CI, que se refere ao esclarecimento do paciente e/ou responsável a respeito do procedimento ao qual será submetido, obtendo o seu consentimento, de forma voluntária, por meio da assinatura,

para a aceitação de uma intervenção ou participação em uma pesquisa específica (OSELKA, 2009).

O CI é um elemento característico do atual exercício das práticas de saúde e da maioria das pesquisas científicas desta área; não é apenas doutrina legal, mas um direito moral dos pacientes. Os elementos que compõem o CI são: autonomia, capacidade, voluntariedade, informação, esclarecimento e o próprio consentimento (SILVA; OLIVEIRA; MUCCIOLI, 2005).

A obtenção do CI, no exercício das práticas de saúde, é própria das últimas décadas e vem caracterizando o aperfeiçoamento da ética neste setor, constituindo-se como um requerimento obrigatório na pesquisa que envolve seres humanos, em especial na Pesquisa Clínica (PC), que corresponde a uma investigação realizada na área da saúde buscando a produção de conhecimentos e tecnologias que permitam a compreensão dos fatores relacionados à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação de doenças (LACATIVA *et al.*, 2008). Os resultados deste estudo permitem o desenvolvimento de inovações na prestação de serviços de atenção à saúde não só na clínica, mas, também, na vigilância, reabilitação e avaliação interdisciplinar de doenças emergentes (BRASIL, 2012).

A pesquisa clínica constituiu-se, ao longo dos anos, como um foco de interesse para as profissões de saúde, de uma forma geral, em virtude da grande contribuição, da relevância das suas finalidades e da abrangência das suas intervenções e resultados (CARVALHO, 2011).

Cada vez mais são desenvolvidas pesquisas clínicas em uma escala global, tendo a indústria e o governo como

patrocinadores, nos países ricos, assim como transferidores destas pesquisas para os países menos ricos. A internacionalização das pesquisas clínicas pode, sem dúvida, ser benéfica para os países em desenvolvimento caso se consiga somar aos objetivos das instituições financiadoras e à capacidade de pesquisa dos países hóspedes (LIMA; PEREIRA, 2012).

A chamada globalização da pesquisa clínica oferece oportunidades de treinamento e capacitação aos membros dos centros de pesquisa, por meio do intercâmbio de informações, do desenvolvimento e aprimoramento dos métodos de ensino e pesquisa bem como do fornecimento de novas opções terapêuticas aos pacientes (DAINESI; GOLDBAUM, 2012).

A pesquisa clínica brasileira conta com o apoio da Rede Nacional de Pesquisa Clínica (RNPC), que surgiu em 2005, por meio de uma iniciativa do Ministério da Saúde cofinanciada pelo Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT) e pela Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP), buscando, dentre outras coisas, o reconhecimento da importância dos estudos clínicos no Brasil. Esse tipo de empenho governamental mostra a relevância das atividades científicas e tecnológicas em saúde desenvolvidas no país (BRASIL, 2010b).

O objetivo do governo brasileiro, ao criar essa rede, é promover o desenvolvimento de novos procedimentos, novos equipamentos, novos medicamentos bem como de novos métodos diagnósticos que possam ser desenvolvidos e utilizados no país. A RNPC desenvolve diversificadas ações de pesquisa, além de contribuir para a formação de recursos humanos, por meio da realização de cursos de capacitação

na área da pesquisa clínica com a finalidade de proporcionar uma qualificação cada vez maior das pessoas envolvidas neste tipo de estudo (BRASIL, 2010b).

Nessa conjuntura de expansão da pesquisa clínica no Brasil, o Ministério da Saúde ressalta a relevância deste tipo de estudos por serem capazes de gerar respostas aos problemas de saúde de boa parte da população, através da realização de estudos nacionais, longitudinais, multidisciplinares e, também, multicêntricos (BRASIL, 2010a).

Vale destacar o fato de que a crescente participação do Brasil no cenário da pesquisa clínica é descrita não só em estudos clínicos nacionais como, também, em estudos multicêntricos desenvolvidos sempre com base nos princípios estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) (THIERS; SINSKEY; BERNDT, 2008). De acordo com o Manual sobre Ética em Pesquisa com Seres Humanos (2010), este crescimento traz o reconhecimento do país como parceiro em pesquisas multicêntricas. A globalização dos estudos clínicos, no entanto, ainda é predominante na indústria farmacêutica multinacional que se expande em busca de outros centros de estudo. Este crescimento não ocorre na mesma proporção quando se trata de estudos clínicos nacionais ou multicêntricos na atenção primária, uma vez que, no Brasil, esta prática ainda é pouco realizada (DANESI; GOLDBAUM, 2012).

As ações de saúde na Atenção Primária são desenvolvidas por meio do exercício de práticas assistenciais e sanitárias, utilizando tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade as quais devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território (BRASIL,

2006). Este nível de atenção é tão importante quanto os demais, tornando fundamental o seu fortalecimento para que possam ser desenvolvidas as mais variadas formas de assistência e pesquisa, até mesmo as pesquisas clínicas nacionais e/ou multicêntricas, já que estas são consideradas o padrão ouro em pesquisas, por serem extremamente úteis na busca do diagnóstico, da avaliação e do acompanhamento de determinadas doenças e pela relevância dos resultados, que podem ser validados e aplicados nos diversos níveis de atenção e, até, em várias partes do mundo (SUKEKAVA *et al.*, 2008).

Tendo por base as considerações retroexpostas, observa-se que, ante o contexto ético da pesquisa com seres humanos, o CI aparece sempre como um elemento essencial ao desenvolvimento das pesquisas em saúde, em especial, a clínica nacional e/ou multicêntrica. Assim, este estudo teve como objetivo descrever as dificuldades relacionadas às questões éticas vivenciadas durante o processo de implantação e desenvolvimento de uma Pesquisa Clínica Multicêntrica na Atenção Primária brasileira.

## 2. PERCURSO METODOLÓGICO

Este é um estudo de natureza qualitativa, do tipo exploratório e descritivo, desenvolvido mediante recorte de uma pesquisa multicêntrica, intitulada Consórcio Internacional de Pesquisa em Gestão de Risco, Avaliação e Vigilância em Dengue (IDAMS), financiada pela União Europeia e envolvendo seis países, Vietnã, Malásia, Indonésia, Camboja, Alemanha e Brasil (Ceará/Fortaleza), que tinha como objetivo identificar o diagnóstico precoce e diferencial entre dengue clássica e grave, distinguindo-as de outras doenças

febris em até 72h após o início da febre, no Serviço de Atenção Primária.

O experimento foi realizado na Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS), Paracampos, unidade de saúde localizada no bairro Mondubim, da cidade de Fortaleza-CE, e vinculada à Secretaria Executiva Regional V, da Prefeitura Municipal. A escolha desta UAPS se deu pelo fato de seus profissionais médicos e enfermeiros terem participado de um treinamento em boas práticas clínicas, o que os tornou aptos a colaborar no atendimento aos pacientes do IDAMS.

A coleta dos dados ocorreu nos meses de março a junho de 2013, por meio de observações participantes, diários de campo e entrevistas.

Para a realização dessas observações, foram percorridos, além da UAPS, a comunidade e os domicílios, o que permitiu captar informações que foram registradas no diário de campo. No que corresponde às entrevistas, foram realizadas entrevistas abertas, gravadas em um gravador digital portátil, que ocorreram de acordo com a disponibilidade de horário e agenda dos profissionais e seguiram um roteiro apresentado sob a forma de tópicos ou temas (temário), que não impediu o aprofundamento de aspectos que pudessem ser relevantes ao entendimento do objeto em estudo.

A população foi composta pelos profissionais anteriormente treinados e cadastrados no IDAMS, o que permitiu a composição de uma amostra de três profissionais.

Para a análise dos dados, foi utilizado como ferramenta de organização o *software Qualitative Solutions Research Nvivo* (QSR), versão 2.0, que corresponde a um

*software* desenvolvido para realizar a organização e a codificação de dados qualitativos. Desenvolvido pela Universidade de La Trobe, Melbourne, Austrália, este programa ajuda na administração e síntese das ideias dos pesquisadores e fornece a possibilidade de acrescentar, modificar, ligar e cruzar dados originados de documentos textuais (FERREIRA; MACHADO, 1999).

Alguns passos foram seguidos durante a utilização do N-vivo, como: 1) Codificação, categorização ou representação de uma categoria ou ideia abstrata onde é possível armazenar sua definição, e que no N-vivo nomeia-se de “nós”; 2) Conceituação das categorias; 3) Agrupamento; e 4) Análise dos dados.

O Quadro 1 mostra, de forma sucinta e com fácil visualização, todo o processo de utilização do N-vivo.

**Quadro 1** – Etapas de configuração do N-Vivo.

<b>Configuração do Projeto</b>	<b>Análise do Projeto</b>
Inserção dos dados	Codificação
Agrupamento	Exploração dos dados
Categorização	Construção de modelos Resumo dos Dados

Fonte: Elaboração própria

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

O estudo teve como aprovação no Comitê de Ética, o número de protocolo que corresponde a 11222372-9, tendo



o mesmo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará.

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

Foi solicitada aos participantes a assinatura do Termo de Consentimento Informado, após os devidos esclarecimentos sobre este documento (BRASIL, 2007).

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste segmento, apresenta-se os achados obtidos nas entrevistas e observações, bem como se promove uma discussão baseada nas reflexões procedidas. Buscou-se compreender, por meio das observações e das falas dos profissionais responsáveis pela implantação e condução de uma pesquisa clínica multicêntrica na atenção primária, quais são as principais dificuldades enfrentadas para que este tipo de pesquisa seja viabilizado no Brasil.

Na sequência, é indicada a categoria constituída após a submissão do material coletado no campo de estudo, as etapas da análise do *software* N-VIVO, tendo por base o objetivo delineado que corresponde à “Reestruturação do consentimento informado”.

### 3.1. REESTRUTURAÇÃO DO CONSENTIMENTO INFORMADO

Nos últimos anos, os estudos clínicos se mostraram de extrema importância para a identificação de novos esquemas terapêuticos nas diversas vertentes da saúde. Com o crescimento do número de estudos clínicos nacionais e multicêntricos, é fundamental que os pesquisadores e os Comitês de Ética e Pesquisas (CEPs) estejam cada vez mais atentos ao CI.

De forma geral, o CI se caracteriza como uma condição indispensável na pesquisa com seres humanos. Trata-se de uma decisão voluntária, verbal ou escrita, protagonizada por uma pessoa autônoma e capaz, tomada após um processo informativo, para a aceitação de um tratamento específico ou experimentação, consciente dos seus riscos, benefícios e possíveis consequências (SIMÕES, 2010).

Ao tratar do CI na pesquisa clínica, os aspectos éticos e legais que norteiam este tipo de estudo, estabelecem que as normas e diretrizes nacionais devem ser seguidas. É importante salientar que, além da preocupação em relação à confiabilidade dos dados coletados e dos resultados produzidos em um estudo clínico, outro aspecto, igualmente importante, que também necessita de atenção especial é a adequação do estudo às recomendações éticas e científicas da legislação vigente (GAMBOA; GREGIANIN, 2013).

Sabe-se que é obrigatória a aprovação das pesquisas que envolvem seres humanos pelo CEP, assim como o processo de obtenção do CI. Estas exigências têm sido discutidas em diversos congressos e encontros sobre pesquisa clínica no Brasil e no mundo. O cumprimento das técnicas

e normas éticas regulatórias é fundamental para a boa condução de uma PC, pois permitem a produção e a difusão do conhecimento científico (SILVA; OLIVEIRA; MUCCIO-LI, 2009).

As pesquisas clínicas multicêntricas ganham cada vez mais espaço no cenário brasileiro, por permitirem a realização de estudos cujos achados podem ser aplicados em várias partes do mundo, contribuindo significativamente para a qualidade de vida de um grande número de pessoas (CARNEIRO; ANDRADE; BASTOS, 2009).

No entanto, durante a elaboração e desenvolvimento de uma PC multicêntrica no Brasil, deve ser verificada a sua adequação às leis, normas e diretrizes vigentes. No Brasil, as exigências estabelecidas pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, precisam ser atendidas para que seja permitida a realização deste tipo de estudo (BRASIL, 2013).

São variadas as questões estruturais, financeiras, éticas etc. que norteiam as PC multicêntricas, mas, vale a pena ressaltar que são descritas aqui as questões éticas vivenciadas durante a estruturação e o desenvolvimento do IDAMS, por ser esta a PC objeto deste estudo que, como já foi mencionado, se trata de um estudo clínico e multicêntrico coordenado pela Universidade de Heidelberg, na Alemanha, e pela Universidade de Oxford, na Inglaterra.

Esse estudo foi estruturado por meio de um consórcio internacional que envolve seis países, que é financiado pela União Europeia. O convite para que o Brasil participasse deste consórcio aconteceu por parte do coordenador e pesquisador do estudo na Alemanha.

Depois de firmada a parceria para a realização do estudo entre os coordenadores dos seis países envolvidos, deu-se início à implantação e ao desenvolvimento da pesquisa. A princípio, estabeleceu-se que a forma de coleta de material dos participantes, os exames, a logística e toda a documentação utilizada durante o transcorrer do IDAMS, seria a mesma utilizada na Alemanha, como é possível perceber na fala a seguir: “[...] Com relação à documentação utilizada aqui no Brasil, a princípio ficou estabelecido, que aqui deveria seguir a mesma documentação que eles utilizavam na Alemanha [...]”.

No entanto, no Brasil, algumas adaptações éticas foram necessárias para que os pesquisadores do IDAMS pudessem desenvolvê-la. Tais adaptações foram necessárias devido ao cumprimento das exigências estabelecidas pela Resolução nº 1 do Conselho Nacional de Saúde, de 13 de junho de 1988, que foi o primeiro regulamento sobre pesquisa clínica no Brasil e já requeria princípios éticos para a realização de ensaios clínicos em seres humanos. Porém, esta norma teve pouco impacto e foi revogada pela Resolução nº 196/1996, que aprofundou os aspectos envolvendo a ética na pesquisa e atribuiu a aprovação das pesquisas em saúde pelo CEP e determinou a criação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) (NISHIOKA; SÁ, 2006).

Atualmente, o CNS estabelece que as diretrizes e normas das pesquisas que envolvam seres humanos estão regulamentadas pela Resolução nº 466/2012, que revogou a Resolução nº 196/1996 e tornou a estabelecer que o processo de desenvolvimento de uma pesquisa clínica envolve muitas fases e que, antes de iniciar os testes ou a coleta de

material em humanos, os protocolos referentes a estes testes, ao material coletado e toda a documentação ética da pesquisa devem ser previamente aprovados pelas instâncias regulatórias nacionais. Somente após verificação e aprovação desta documentação pelo CEP é que a pesquisa poderá ser iniciada (BARROS; RAU, 2012).

Devido a essa obrigatoriedade no seguimento das normas estabelecidas pela Resolução brasileira, foram necessárias algumas reformulações éticas, impostas pelo CEP, para que o IDAMS pudesse ser desenvolvido.

A principal recomendação do CEP que avaliou o estudo IDAMS tratou-se do Consentimento Informado. Inicialmente, acreditou-se que o documento utilizado no Brasil seria o mesmo utilizado na Alemanha, após ter sofrido apenas uma tradução de conteúdo, devido à língua. Após a tradução, o CI ficou com um total de quatro laudas que continham informações relacionadas à pesquisa, no entanto, não correspondiam às informações que a Resolução brasileira estabelece como fundamentais em um documento de CI, além de caracterizar o participante pelo número do seu prontuário de cadastro no estudo IDAMS. Esta prática não foi bem vista pelo CEP que, respaldado pela Resolução nº 466/12, solicitou que o CI fosse adaptado às normas brasileiras.

A reformulação do CI causou certo impasse na estruturação do IDAMS, uma vez que os coordenadores do estudo na Alemanha insistiram para que o CI utilizado no Brasil fosse o mesmo utilizado por eles, porém o CEP reafirmava a necessidade de adaptar o CI às normas vigentes no País.

[...] A principal dificuldade ética que tivemos foi à questão do próprio consentimento informado que era muito longo e aqui no Brasil tem uma padronização e o pessoal da Alemanha queria que fosse igual ao que eles utilizavam lá, então o principal foi isso de ter que fazer essa adaptação onde contemplasse o Brasil e a Alemanha [...].

São várias as discussões que temas como a bioética, a biossegurança e a participação de pessoas em pesquisas científicas têm produzido não apenas na comunidade científica, mas, também, em grande parte da sociedade, o que causa grande preocupação, por parte dos órgãos reguladores, quanto ao verdadeiro impacto produzido por determinadas pesquisas.

Devido, principalmente, ao aumento do número de estudos clínicos multicêntricos realizados no país, é crescente o número de PCs submetidas à aprovação do CEP/CONEP, para a qual, dentre outras exigências, é feita uma inspeção rigorosa do CI utilizado, sua estrutura, seu conteúdo, sua escrita e se este documento se adapta às exigências brasileiras (COSTA, 2008).

O CI foi a questão ética mais discutida e que mais sofreu ajustes durante a estruturação do IDAMS, como se pode confirmar através da fala de uma das entrevistadas que é uma das responsáveis pelo processo de organização e condução do IDAMS.

[...] Tivemos que reformular todo o consentimento informado porque o que recebemos tivemos que traduzir, aí tem todo o

trabalho pra tradução ficar de acordo com os objetivos do estudo. Depois da tradução, o consentimento ficou com quatro páginas e, de acordo com o Comitê de Ética, tinha que ficar só em uma, podendo ficar até frente e verso, mas tinha que ser só uma página. Não poderia ter tabela, não poderia ter os quadrados para assinatura, porque, no primeiro termo, o paciente assinava dentro de uns quadradinhos e não podia ter esses quadrados: o Comitê mandou tirar. Tinha que ficar bem explícitos os riscos e benefícios. Não poderia ter o número do paciente, porque, no IDAMS, no termo do consentimento informado, tem o número de cada paciente, além do nome, aí, a princípio, o Comitê pediu pra tirar o número. Enfim, era pra fazer uma síntese do conteúdo que tinha nas quatro páginas até ficar em uma, frente e verso; no final, conseguimos resumir o consentimento, fizemos o que o CEP pediu e o pessoal da Alemanha aceitou também [...].

Após a explanação junto ao coordenador e aos pesquisadores da Alemanha, da real necessidade de adaptação ética solicitada pelo CEP, chegou-se ao consenso de que o CI seria reestruturado neste sentido e as alterações exigidas pelo CEP foram prontamente atendidas, ocorrendo uma reformulação do CI utilizado no IDAMS.

Muita burocracia foi enfrentada para a realização do IDAMS, especialmente no que se refere ao CEP/CONEP. Toda esta burocracia que norteia as pesquisas científicas po-

dem interferir na condução de diversos estudos, uma vez que a liberação de um parecer de aprovação por um CEP pode levar um tempo considerável, acarretando algumas situações, até mesmo a impossibilidade de se iniciar uma pesquisa.

Autores acreditam que todo esse processo burocrático se dá em consequência de que, no Brasil, o crescimento das PCs ainda é considerado recente. Devido a isto, certamente, as instâncias regulatórias nacionais ainda buscam encontrar uma melhor forma de acompanhamento do protocolo da pesquisa como um todo, sem desvalorizar as questões éticas, na intenção de assegurar a qualidade do estudo e o benefício das pessoas (ACCELTURI; LOUSANA, 2002).

O investimento na área da PC, na infraestrutura dos CEPs, dos Centros de Pesquisa Universitários e uma política rígida para o direcionamento das pesquisas em saúde para doenças de relevância nacional e que possam ser tratadas e/ou acompanhadas também na Atenção Primária contribuiriam para que as instâncias passassem a atuar de forma mais ágil e eficiente, ou seja, diminuindo a burocracia e aperfeiçoando o desenvolvimento das PCs (NISHIOKA; SÁ, 2006).

Pode-se perceber que, ao tratar das questões éticas de uma PC, independentemente de ser realizada na Atenção Primária ou em outro nível de atenção, o CI corresponde ao ponto mais valorizado e exigido, no momento de avaliação por um CEP. Acredita-se que a importância dada ao CI ocorre graças ao aperfeiçoamento das pesquisas em saúde que, a cada dia, produzem novas formas de cuidar e tratar da saúde de milhares de pessoas, sem, no entanto, abrir mão do



respeito ao ser humano (GAMBOA; GREGIANIN, 2013). “[...] apesar do consentimento informado ter mudado tanto, não causou nenhum prejuízo para o paciente, o problema foi totalmente burocrático e estrutural, não teve nada que causasse nenhum prejuízo para o paciente [...]”.

Nesse sentido, de cumprimento ético e de respeito às pessoas, é possível dizer que, apesar das dificuldades éticas que se fizeram presentes durante a estruturação do IDAMS, foi possível identificar que o estudo vem sendo realizado desde 2012 sem causar prejuízos éticos aos seus participantes.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Independentemente do nível de atenção em que sejam realizadas, as pesquisas clínicas, em sua maioria, costumam ser demoradas, requerendo um acompanhamento minucioso do participante, atentando-se para que todos os procedimentos sejam realizados da melhor forma possível.

É inegável a importância desse tipo de estudo para o avanço da ciência, pois diversas doenças e agravos foram e podem vir a ser diagnosticados, controlados e até curados graças a elas. É certo que a pesquisa clínica, devido a sua evolução histórica, necessita de um seguimento ético rigoroso, desde a sua composição até a publicação dos seus resultados. Foi possível perceber que este rigor ético se fez presente durante todo o IDAMS.

Foram muitas as orientações e adaptações éticas propostas pelo Comitê de Ética que avaliou o estudo IDAMS. Essas orientações tomaram por base a Resolução brasileira

nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, a qual versa sobre as pesquisas com seres humanos e estabelece que o Consentimento Informado de uma pesquisa clínica desenvolvida no Brasil deve seguir as normas da resolução brasileira e não dos financiadores da pesquisa, como se pretendia, a princípio, no IDAMS.

Ao longo do estudo, foram acompanhados o rigor e a análise feita pelo CEP com relação ao CI. Este documento vem, ao longo dos tempos, sendo utilizado como uma espécie de garantia dos direitos dos envolvidos na pesquisa, pesquisadores e participantes, na intenção de evitar que abusos sejam cometidos por ambas as partes envolvidas.

Durante as entrevistas, os profissionais reiteraram que a principal dificuldade ética enfrentada pelos pesquisadores do IDAMS se relacionava às questões do CI. No entanto, chegando ao final deste estudo, foi possível perceber que as exigências éticas impostas pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde são extremamente relevantes no que se refere ao respaldo da autonomia das pessoas em quererem participar e/ou continuar em qualquer que seja o estudo científico, seja este clínico ou não.

Assim, é importante ressaltar que, apesar da demora e das exigências do CEP ao tratar das questões do CI, o rigor é necessário para que as pesquisas científicas avancem cada vez mais e para que a utilização de pessoas como “cobaias” não volte a acontecer.

Nesse sentido, chega-se ao final considerando que dificuldades relacionadas à ética existiram e que continuarão a existir no processo de condução de todo e qualquer estudo clínico, não só do IDAMS, mas acredita-se que as exigências

éticas são pertinentes e necessárias para que os estudos com seres humanos ofereçam uma segurança cada vez maior aos seus participantes e produzam resultados significativos para todos.

Assim sendo, percebe-se que estudos dessa proporção podem e devem ser realizados na Atenção Primária, desde que as equipes envolvidas, assim como os gestores e financiadores, estejam empenhados e trabalhem em parceria, no intuito de colaborar com a ciência e, conseqüentemente, proporcionar melhores condições de vida e de saúde para as pessoas.

## 5. REFERÊNCIAS

ACCETTURI, C.; LOUSANA, G. **Pesquisa clínica no Brasil**. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

BARROS, A. P.; RAU, J. Estudos clínicos nacionais. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 10-15, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196/96**, de 10 de outubro de 1996. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha da PNH: acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Nacional de Pesquisa Clínica do Brasil: respostas e redução da dependência estrangeira. **Revista Saúde Pública**, Brasília, v. 44, n. 3, p. 575-578, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual da Rede Nacional de Pesquisa Clínica**. Brasília, DF, 2010b. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rede\\_nacional\\_pesquisa\\_clinica\\_2ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rede_nacional_pesquisa_clinica_2ed.pdf)>. Acesso em: 15 jun. 2012.

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

CARVALHO, E. C. A pesquisa clínica e algumas estratégias para seu fortalecimento. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, jan./fev. 2011.

CARNEIRO, R.; ANDRADE, R. P.; BASTOS, L. C. Pesquisa clínica em seres humanos: o papel do coordenador de estudos clínicos, **Revista Femina**, v. 37, n. 11, 2009. Disponível em: <<http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/Feminav-37n11p627-632.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2013.

COSTA, S. O desafio da ética em pesquisa e da bioética. **Revista Eletrônica de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde**, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <<http://www.foar.unesp.br/comite/Modulo01.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2012.

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

FORMIGA, C. K. M. R. Aspectos éticos das pesquisas com seres humanos e uso de animais. **Revista Movimenta**, Goiás, v. 3, n. 1, 2010. Disponível em: <<http://www.nee.ueg.br/seer/index.php/movimenta/article/viewPDFInterstitial/315/272>>. Acesso em: 20 jul. 2015.

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

GAMBOA, M. M. L.; GREGIANIN, L. J. Aspectos éticos e normativos de um estudo clínico multicêntrico de oncologia pediátrica. **Revista Bioética**, v. 21, n. 1, p. 126-135, 2013. <<http://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n1/a15v21n1.pdf>>.

LACATIVA, P. G. S. *et al.* Perfil de sujeitos de pesquisa clínica em um centro ambulatorial independente, **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 3, p. 1023-1032, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n3/25.pdf>>. Acesso em: 26 out. 2012

LIMA, F. F. F.; PEREIRA, M. A. P. O papel do Brasil no cenário mundial da pesquisa clínica. **Revista Prática Hospitalar**, São Paulo, v. XIV, p. 158-164, 2012.

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

NISHIOKA, S.; SÁ, P. A agência nacional de vigilância sanitária e a pesquisa clínica no Brasil. **Revista Associação Médica Brasileira**, v. 52, n. 1, p. 60-62, 2006.

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

OSELKA, G. W. **Bioética clínica**: reflexões e discussões sobre casos selecionados. 2. ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2009. 266p. Disponível em: <[http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/bioetica\\_clinica\\_segunda\\_ed\\_out2009.pdf](http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/bioetica_clinica_segunda_ed_out2009.pdf)>. Acesso em: 22 jul. 2015.

SUKEKAVA, F. *et al.* Ensaio clínico multicêntricos: uma revisão de literatura. **Revista Periodontia**, São Paulo, v. 18, n. 1, 2008.

SIMÕES, L. C. S. Consentimento informado: o desafio médico-jurídico de nossos dias. **Revista Brasileira de Ortopedia**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 191-195, 2010.

SILVA, L. M. P.; OLIVEIRA, F.; MUCCIOLI, C. O processo de consentimento na pesquisa clínica: da elaboração à obtenção. **Revista Brasileira Oftalmologia**, v. 68, n. 5, p. 704-707, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abo/v68n5/26751.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2013.

THIERS, F.; SINSKEY, A. J.; BERNDT, E. R. Trends in the globalization of clinical trials. **Nat. Reviews Drug Discovery**, v. 7, p. 13-14, 2008.

## CAPÍTULO 5

### REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL: TECENDO CONEXÕES OU NÓS?

**Karine Lima Verde Pessoa**  
**Maria Salete Bessa Jorge**

*Um galo sozinho não tece a manhã: ele precisará sempre de outros galos*  
(João Cabral de Melo Neto, trecho de “Tecendo a Manhã”)

#### 1. INTRODUÇÃO

A atenção à saúde mental no Brasil segue hoje os princípios e diretrizes defendidos desde o movimento pela Reforma Psiquiátrica. Quando falamos em “reformular” não nos referimos a uma nova roupagem para as mesmas bases, mas sim a um processo extremamente complexo de desconstrução e reconstrução. A palavra “reforma” demarca, em especial, o lugar da “desconstrução” necessária ou, dito de outro modo, não estamos construindo algo novo em um campo vazio, estamos, ao contrário, fazendo um imenso esforço para identificar as raízes mais profundas do modelo asilar de assistência psiquiátrica para, então, encontrar modos de superá-los.

Esse processo social complexo implica a transformação simultânea de várias dimensões interdependentes. Como aponta Amarante (2008), precisamos superar concei-

tos, em especial, os que nos remetem à ideia de “alienação mental” e “cura”. Precisamos abordar as práticas de cuidado em saúde, acentuando a nova ênfase dada ao acolhimento, à escuta, à sociabilidade, permitindo a promoção da saúde como produção de subjetividade e de vida. Precisamos discutir as possibilidades legais e sociais de produção de novos discursos e novos espaços de cidadania na vida coletiva. Por fim, precisamos transformar a relação entre sociedade e pessoas identificadas com a loucura.

Salientando a dimensão política da Reforma Psiquiátrica, Sampaio, Guimarães e Abreu (2010) acrescentam que, enquanto movimento, não temos apenas uma tarefa técnica, mas, também, política e civilizatória. Precisamos provar que podemos cuidar melhor dos portadores de transtorno mental do que os hospitais psiquiátricos de natureza asilar ou os hospitais típicos da psiquiatria clínica clássica.

A partir dessa breve descrição, é possível visualizar o imenso desafio que o movimento pela Reforma Psiquiátrica nos impõe. As raízes anteriormente citadas são muito profundas e interferem não apenas em uma dimensão concreta, materializada através de procedimentos e técnicas, mas, também, e, talvez, principalmente, em uma dimensão subjetiva, atravessando nosso olhar sobre a loucura e, consequentemente, nossa maneira de com ela lidar. Neste cenário de desconstrução e reconstrução, portanto, não são raras as contradições, muitas vezes travestidas em discursos revolucionários com práticas tradicionais. Conforme apontam Alverga e Dimenstein, “somos constantemente capturados por nossos desejos de controle, fixidez, identidade, normatização,



subjugação ou, em outras palavras, nossos desejos de manicômio” (2006, p. 314), um processo natural, em um período de transformação, mas não menos preocupante por isto. Como afirma Baremlitt (2002), a História não constitui um processo linear, coexistindo, em um mesmo tempo histórico, práticas orientadas por ideologias de tempos diversos.

Ao lado do “agir manicomial”, enfatizamos a manutenção do modelo biomédico na orientação das práticas cotidianas em saúde mental. Conforme afirmam Moreira e Sloan (2002), a medicalização social acirra a visão mecanicista e biologicista das doenças, reforça a concepção de saúde como ausência de doenças e controle heterônomo de riscos. Além disto, reforça o modo individualista, autoritário e culpabilizador da promoção da saúde, hipertrofiando a ação setorial e superespecializada em saúde. Jorge *et al.* (2010) acrescentam que há um “querer-fazer” por parte dos trabalhadores do CAPS, refletido na disposição pessoal e afetiva de cada um, no entanto, eles são capturados pelo ciclo “médico-medicalização-cronicidade”, impresso pela própria cultura, que vê no médico e na medicação a resposta a toda a sua dor e sofrimento.

A mudança paradigmática do olhar sobre o sofrimento mental questiona a formação do “superespecialista”, na medida em que gera tensão nas barreiras disciplinares, estimulando o trabalho em equipe em prol da integralidade. Entretanto, no encontro entre trabalhadores, isto não acontece de modo espontâneo ou sem resistências (CAMPOS, 2001). As ações de saúde não se articulam por si só, apenas baseadas em um local de trabalho ou em uma clientela comum. A integração exige o reconhecimento do trabalho do

outro, tomá-lo efetivamente em consideração, o que abrange a dimensão da comunicação e da ética na interação humana (PEDUZZI, 2007).

No contexto da atenção psicossocial orientada pela perspectiva da Reforma Psiquiátrica, o desafio é a concretização de uma Rede de Atenção Psicossocial com participação de atores e serviços da saúde e intersetoriais. A simples implantação de serviços não garante a constituição de uma rede, representando apenas a construção de um sistema de saúde. Uma rede implica em estabelecer conexões e fluxos, ou seja, se dá, como conceitua Merhy (2007), no “trabalho vivo em ato” e tem como ferramentas fundamentais o encontro e o diálogo.

No presente texto, buscamos discutir os desafios enfrentados pelos trabalhadores de saúde no cotidiano da atenção psicossocial ao tentarem efetivar uma atuação interdisciplinar e intersetorial em prol da humanização e da integralidade do cuidado.

## **2. PERCURSO METODOLÓGICO**

Esse capítulo é um recorte da dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará (PESSOA, 2012).

A pesquisa qualitativa, dentro de uma perspectiva hermenêutica, foi considerada a mais adequada, por permitir a compreensão tanto de aspectos objetivos como organogramas, fluxogramas e práticas em saúde, quanto de aspectos subjetivos como intencionalidade, sentidos e significados

subjetivos inerentes aos atos em saúde e às relações interpessoais. Afinal, conforme afirma Minayo (2002), “o ato do entendimento, mais do que um desvendamento da verdade do objeto, é a revelação do que o outro (o tu) coloca como verdade”. Utilizamos também a Rede de Petições e Compromissos objetivando ampliar a análise do serviço em sua dimensão micropolítica.

A pesquisa foi realizada em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo II, no município de Fortaleza, capital do estado do Ceará. Considerando os objetivos do estudo, optamos pela investigação de apenas um CAPS, priorizando o aprofundamento qualitativo. O CAPS pesquisado possui área adscrita de 34.272 km<sup>2</sup>, abrangendo 19 bairros (aproximadamente, 305 mil habitantes) e contava com 9.756 cadastrados, em 2012. Foram incluídos na pesquisa 15 trabalhadores de saúde mental, além de 3 coordenadores (municipal, regional e local). O limite de 18 entrevistas com trabalhadores e gestores se deu por Saturação Teórica que, para Fontanella, Ricas e Turato (2008), é construída através de um processo contínuo de análise de dados, quando, no início do processo de coleta, se considera a profundidade das questões levantadas e a abrangência dos objetivos durante o processo de coleta e análise.

Para a coleta de dados, utilizamos a análise documental, a entrevista aberta e a observação sistemática das práticas. A coleta se deu no período de abril a agosto de 2012, incluindo participação quinzenal nas rodas de equipe.

A análise dos dados foi orientada pela hermenêutica de interpretação de Paul Ricoeur (2002). O processo interpretativo é constituído por: distanciamento, apropriação,

explicação e compreensão. Geanellos (2000) descreve que o distanciamento é o processo de fixar a linguagem como texto, produzindo sua objetivação, emancipando-o de seu contexto de produção, sendo possível interpretá-lo à luz de diferentes tradições sociopolíticas, históricas e culturais. Apropriar-se, por sua vez, significa expandir os próprios horizontes, ampliar o olhar, ampliar a si mesmo. A apropriação se dá quando o intérprete transforma o significado do texto em algo familiar, próprio. Juntos, distanciamento e apropriação constituem a dialética da interpretação. A autora afirma, ainda, que é a partir de um contínuo movimento entre as partes e o todo que a interpretação se aprofunda, permitindo ir além do que o “texto diz” (explicação) para alcançar sobre o que “texto fala” (compreensão).

A Rede de Petições e Compromissos (RPC) também foi utilizada como recurso analítico dos dados, pois permite perceber a micropolítica do trabalho vivo e morto em ato, operando as tecnologias, a produção e seus resultados, assim como a tensão constitutiva do trabalho em saúde nos campos onde opera: a política, a organização e a produção da saúde (MERHY *et al.*, 2007 a ou b?; FRANCO; MERHY, 2009; FRANCO; MERHY, 2003). Construímos as RPCs, a partir das entrevistas individuais abertas, perguntando a cada profissional entrevistado sobre a organização do serviço, o cotidiano do trabalho e as relações interpessoais entre trabalhadores e entre trabalhadores e coordenadores.

O projeto foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Estadual do Ceará (UECE) onde foi avaliado e recebeu parecer favorável nº 11581869-3. A pesquisa de campo foi

iniciada após a sua aprovação. Os sujeitos entrevistados e observados tiveram acesso ao Parecer do CEP e ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que foi assinado, afirmando, assim, a disponibilidade do sujeito para participar da pesquisa conforme Resolução nº 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2000). O termo de consentimento foi assinado por todos os sujeitos entrevistados.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nas narrativas dos trabalhadores de saúde mental, foi possível identificar queixas e olhares pessimistas acerca do sistema de saúde pública brasileiro, a exemplo da atenção primária em saúde: “[...] É o sistema que não funciona direito, tem o sistema primário que não funciona em canto nenhum, você pode procurar um programa de saúde da família que funcione realmente [...]”.

Nesse contexto, a precarização do trabalho é referida como uma característica generalizada em todo o sistema: “[...] É cansativo como é em todo canto. Não tem nenhum ambiente de trabalho de saúde pública que você não vá ter seus estresses, dificuldades de trabalho, em todos eles você vai ter, então não tem pra onde correr não [...]”.

Concordamos com Aguiar (1998), quando afirma que o Sistema Único de Saúde representa uma grande vitória democrática no Brasil, no entanto, sua consolidação ainda constitui uma luta, um processo que continua a exigir medidas que tornem realidade, não só de direito, mas, de fato, os pressupostos que o fundamentam, garantindo à população brasileira atenção à saúde efetiva e de qualida-

de. Nos discursos dos trabalhadores, por exemplo, o próprio acesso ao sistema de saúde se mostra comprometido.

[...] Por isso você vê paciente seis meses aguardando consulta no CAPS e eu acho que aqui demora é pouco. Pegue um paciente desse do PSF e vá arranjar uma vaga no neurologista, passa um ano. Eu já tive paciente aqui que esperou dois anos por uma consulta. Exame especializado, reumatologista, todos eles demoram [...].

No que se refere à Política Nacional de Atenção Psicossocial, a efetivação da atenção primária em saúde mental constitui peça fundamental nesta sofisticada engrenagem que compõe a atenção integral e humanizada à saúde. Apesar disto, os discursos revelam significativas quebras no fluxo pela Rede de Atenção.

[...] Uma das dificuldades que a gente tem é que a gente encaminha paciente, transfere paciente, mas não tem médico no posto. Ai o que acontece? O paciente vai voltar pro CAPS e não serviu de nada o encaminhamento, o paciente não tem perfil pra CAPS, mas vai voltar ao serviço pra pegar receita ou ter algum acolhimento. Então, o sistema tá adoecido também [...].

O Programa Saúde da Família (PSF), hoje denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), do mesmo modo que a atenção psicossocial, a partir da reforma sanitária e psiquiátrica, rompe com antigas concepções e práticas em saúde nas quais predominava a atenção individualizada, es-

pecializada e pontual, centrada em grandes centros de saúde, distantes do território e com atos de saúde que privilegiavam o sintoma em detrimento do sujeito. Infelizmente, a formação profissional ainda encontra descompasso em relação às exigências do cotidiano a partir desse novo paradigma.

Nesse cenário, a educação permanente surge como uma estratégia fundamental de qualificação do cuidado em qualquer nível de complexidade e área técnica de atuação. No que se refere à atenção primária, visando conectar teoria e prática, surgem os programas de especialização, residências multiprofissionais e residência em medicina de família e comunidade (CASTRO; NÓBREGA-THERRIEN, 2009). Nas narrativas, entretanto, o reconhecimento profissional não corresponde à qualificação e, na prática, a complexidade do cotidiano da atenção primária continua sendo vivenciada por profissionais com apenas a formação de base.

[...] hoje você faz uma residência em saúde da família e você faz o que? Nada, não se diferencia. Você vai fazer a mesma coisa que o recém-formado. É como você fazer uma residência em clínica médica, você não fez nada. Você é o que? Você é clínico. E o cara que saiu da faculdade? Também é clínico. Então, você tem que fazer outra subespecialidade [...].

Do mesmo modo, a falta de incentivo financeiro dificulta o investimento profissional em qualificação, conforme aponta um trabalhador: “[...] você vai ganhar a mesma coisa, não tem um estímulo”. Este contexto pode acarretar um pequeno envolvimento por parte dos trabalhadores, sem abra-

çar o trabalho como um projeto de vida pessoal ou profissional “[...] Eles vão pro PSF enquanto não vão pra residência, enquanto eles não fazem outra coisa, estão lá de passagem [...]”, um cenário que compromete a efetivação da atenção à saúde mental na atenção primária, na medida em que resulta na indisponibilidade ou incompreensão dos profissionais em relação às demandas em saúde mental.

[...] a gente começa a perceber que as demandas que muitas vezes chegam à atenção básica e muitas vezes nem sequer são percebidas, e outras são percebidas, mas poderiam ser trabalhadas lá e acabam sendo direcionadas, ou psicologizadas ou transformadas em adoecimento, o que na verdade muitas vezes é sofrimento e muitas vezes nem sofrimento é [...].

Para Oliveira (2010), a dificuldade enfrentada pelas equipes da atenção primária diante da organização de seu trabalho, tendo que equilibrar atividades de acolhimento e ações planejadas com o cumprimento de tarefas, “programas” e atendimento da “demanda espontânea” tem como resultado, aquilo a que assistimos: um funcionamento burocratizado e ainda centrado no médico.

Nesse contexto, o apoio matricial surge como uma estratégia essencial de articulação entre os níveis de atenção, na construção de projetos terapêuticos singulares, “[...] porque é no apoio matricial que a gente inverte a lógica do serviço em si [...]”. Este constitui um arranjo organizacional que reformula os organogramas dos serviços, de modo que áreas especializadas passam a oferecer apoio técnico às equi-



pes de atenção primária. O matriciamento favorece a instrumentalização das equipes, na lógica da clínica ampliada, subvertendo o modelo fragmentado com produção excessiva de encaminhamentos, muitas vezes desnecessários, para as diversas especialidades (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009).

O olhar interdisciplinar possibilitado no apoio matricial favorece a compreensão de que a saúde mental transversaliza todas as dimensões do sujeito: “[...] em todo processo de saúde, a saúde mental tem que estar envolvida também, senão não é processo de saúde [...]”; favorecendo o cuidado territorializado: “[...] a gente precisa que o paciente esteja o mais próximo possível do posto de saúde, de sua comunidade [...]”; e ampliando a corresponsabilização entre os diversos serviços, na medida em que compreende o usuário como objeto de atenção de todo o sistema de saúde e não apenas de um serviço, ou seja: “[...] as pessoas têm que entender que encaminhar não é transferir, não é entregar, é corresponsabilidade [...]”. Além disto, a aproximação entre as equipes favorece o desenvolvimento de uma linguagem comum cuja ausência é identificada por Jucá, Nunes e Barreto (2009) como um importante entrave para um trabalho conjunto.

É interessante notar que o apoio matricial constitui uma estratégia formativa importante não apenas para os trabalhadores da atenção primária, mas, também, para os trabalhadores da atenção especializada: “[...] A gente começa a perceber que o apoio matricial foi muito importante para o amadurecimento da equipe em si e não só para a atenção básica [...]”.

Este arranjo exige de profissionais e gestores mais que competência técnica. É necessária uma competência

relacional, com abertura para o diálogo e para a construção coletiva, o que não significa descartar o conhecimento nuclear de cada categoria profissional (BONFIM *et al.*, 2013).

Um dos pontos fundamentais favorecidos, em relação aos trabalhadores, a partir do apoio matricial é a aproximação com o território, com o universo sociocultural do usuário, muitas vezes distante da vivência e, conseqüentemente, da compreensão dos trabalhadores que lhe ofertam cuidados. Atuar de modo territorializado é agir considerando e respeitando a multiculturalidade, evitando julgamentos morais que partem apenas de um olhar “estrangeiro”. Morin acrescenta que, historicamente, soluções presumivelmente racionais trazidas por peritos convencidos de trabalhar em prol do progresso e de “não identificar mais que superstições nos costumes e nas crenças das populações, empobreceram ao enriquecer, destruíram ao criar” (2011, p. 40-41).

A aproximação com o território permite uma mudança de perspectiva sociocultural, deslocando o olhar do trabalhador ao acercar-se do olhar do sujeito: “[...] pra gente elaborar um projeto terapêutico que seja coerente com a realidade do usuário e não com o que a gente muitas vezes sonha para o usuário [...]”. O deslocamento e a aproximação permitem, também, superar preconceitos e estigmas:

[...] Eu acho que muitas vezes só se quebra um tabu, só se quebra uma história, quando você fica perto, de frente, como já aconteceu de o médico ficar impressionado de que aquele paciente que ele estava vendo era o mesmo que estava no prontuário [...].

O estigma do sujeito com transtorno mental como alguém potencialmente perigoso, por exemplo, é referido nas narrativas dos trabalhadores como um dos entraves na efetivação do cuidado em saúde mental na atenção primária, sendo indispensável pensar e agir de modo estratégico, criando condições de aproximação entre usuários e trabalhadores.

[...] Uma vez que a gente precisou levar um paciente pra um posto de saúde, eu disse ‘olha a gente vai trazer paciente tal’, daí eles dizem ‘não traga, você tem que levar direto para o hospital ou pra tal canto’. Dizem sem ter visto sequer o paciente. Aí eu tenho aquela ideia de levar o paciente lá, apresentar, saber que é uma pessoa que dá bom dia, boa tarde, boa noite, que diz ‘estou sentindo isso, estou sentindo aquilo’, que não é um paciente desorientado, perigoso [...].

Em relação aos preconceitos e estigmas, os discursos revelam que mesmo os trabalhadores dos CAPS mantêm preconceitos que afetam seu modo de compreender e intervir no cotidiano da atenção psicossocial. Um bom exemplo referente aos estigmas que se interpõem nos atos de saúde da própria equipe foi relatado por uma trabalhadora, em relação à ausência de discussão sobre sexualidade com os usuários. Esta relata que, quando este tema é abordado, ele o é apenas em relação a doenças sexualmente transmissíveis, não sendo discutida, efetivamente, a vivência da sexualidade.

[...] Teve uma mãe que chegou falando uma questão que eu acho que é muito adormecida dentro da saúde mental que é a questão da sexualidade. Quando se fala

de sexualidade de um portador de transtorno mental se fala de doenças sexualmente transmissíveis, que diabos é isso? Aí eu sempre me questioneei, quando é que se vai trabalhar a sexualidade desse pessoal, porque parece que a gente não consegue ultrapassar o próprio limite [...].

Corroboramos com Alverga e Dimenstein (2006) ao apontarem a dificuldade vivenciada pelos trabalhadores na mudança do modelo de atenção à saúde mental, na medida em que essa transformação coloca em cheque paradigmas há muito enraizados e, muitas vezes, inconscientes, provocando “práticas contraditórias em manicômios invisíveis”.

[...] Eu lembro que quando eu cheguei aqui, veio uma paciente com um discurso de ideação suicida muito forte, aí a gente disse, ‘pronto, vamos fazer um projeto terapêutico para todos os dias o dia todo’, e a paciente disse ‘eu não quero, porque eu tenho uma filha, porque eu tenho um marido, meu marido se compromete a cuidar de mim’. E o marido do lado, reforçando a fala dela. Aí diziam, ‘mas é preciso’, e eu disse ‘gente, na verdade a gente tá despin-do esse sujeito de uma vida’. Trabalhando em uma redoma. Talvez, se a gente parar pra pensar, a gente esteja desconstruindo os muros do manicômio e construindo as grades dos CAPS [...].

A ampliação da clínica, favorecida pelo apoio matricial, permite identificar demandas de responsabilidade de

diversos pontos da Rede de Atenção à Saúde, mas, também, amplia esta perspectiva, evidenciando a necessidade do olhar e do cuidado de diversos outros setores de atenção, como podemos perceber no relato de um trabalhador ao se referir ao apoio matricial:

[...] foi importante para o amadurecimento da minha percepção do que é realmente o sofrimento, ao que é uma questão que poderia ser trabalhada em outro âmbito e não uma questão que deveria ser trabalhada dentro de uma unidade de saúde [...].

Compreender e se responsabilizar por dimensões do cuidado que ultrapassam a saúde convida os trabalhadores a assumirem dimensões éticas e políticas da atenção psicossocial. Como refere um dos trabalhadores:

[...] É sofrimento gerado pela violência, desassistência, dificuldade de socialização devido à inutilização dos espaços coletivos de lazer que existem na comunidade. São sofrimentos diversos, associados a desemprego, qualidade de vida, subemprego, fragilização dos processos de trabalho, que não tendo onde se manifestar, socialmente se organizar e dar respostas, chegam como problemas de saúde dentro da atenção básica [...].

Oliveira (2010) ainda destaca que as práticas de saúde são práticas sociais operadas por profissionais de saúde. A emergência de uma prática de saúde coincide, portanto, com uma determinada forma de articulação das questões da Saúde na Sociedade. Para além da saúde, Morin reforça que

“todo desenvolvimento verdadeiramente humano significa o desenvolvimento conjunto das autonomias individuais, das participações comunitárias e do sentimento de pertencer à espécie humana” (2011, p. 49). É imperativo, portanto, pensar em intervenções intersetoriais considerando que a demanda dos usuários, suas dores e necessidades não se esgotam na saúde. Um dos pontos fundamentais identificados pelos trabalhadores nesta atuação intersetorial é a garantia de acesso às políticas públicas.

[...] O projeto da Reforma Psiquiátrica é um projeto de inclusão. Se essa inclusão social, o acesso às políticas públicas, ao trânsito pelo seu território, a utilização dos serviços urbanos, se tudo isso tá muito difícil, acaba repercutindo no projeto terapêutico. Isso tem importância, porque nós tivemos casos em que tivemos sucesso em relação à inclusão e que realmente deram uma guinada na questão do usuário estar aqui dentro porque ele se descobriu participante de outras esferas do tratamento, de convivência, de produção [...].

É interessante notar que o exercício do apoio matricial, na medida em que vai ampliando nos trabalhadores a compreensão do papel e das possibilidades de intervenção de diversas disciplinas, serviços e setores, vai expandindo, também, a compreensão dos limites de cada um, gerando discursos menos acusatórios e mais empáticos em relação ao outro.

[...] Isso tudo a gente só pode captar a partir do momento que a gente começa a interagir com a atenção básica, quando começa a trabalhar aquele usuário dentro da atenção básica e vendo como é que aquele trabalhador de saúde vai se colocar diante disso, o que infelizmente muitas vezes é com temor, com insegurança. Por quê? Porque não é ele que vai ter a resposta, a resposta não vai estar lá [...].

Jucá, Nunes e Barreto (2009) apontam que os profissionais da atenção primária se sentem despreparados para manejar situações relacionadas ao sofrimento mental, mas este sentimento os angustia, não podendo ser confundido com apatia ou desinteresse.

Outro ponto merece destaque nos discursos dos trabalhadores ao se discutir a atuação territorializada: a percepção de que, muitas vezes, o olhar e a intervenção precisam se dirigir não apenas a um usuário, mas a um coletivo, seja esse uma família, um grupo, um bairro, uma comunidade.

[...] chega lá não necessariamente com uma queixa que não se sabe exatamente de onde vem. Aí a gente entende que o problema não é individual, o adoecimento, o sofrimento muitas vezes é, mas o problema que está se manifestando ali é um problema coletivo [...].

Essa é a ideia de Oliveira (2010) ao justificar o uso do termo “singular” e não “individual” ao se referir a projetos terapêuticos, pois singular corresponde à singularidade do sujeito, ambos podem ser utilizados, tanto para indivíduos quanto para coletivos.

Em relação à atuação intersetorial, surgem nos discursos dos trabalhadores alguns entraves relativos, principalmente, a trabalhadores e serviços de outros setores. Poderíamos dividir tais barreiras em dois momentos: um primeiro em que, do mesmo modo que, historicamente, aconteceu com a atenção primária em saúde, não se reconhece ainda a saúde mental como objeto de seu trabalho; e um segundo que, mesmo reconhecendo este objeto, estando abertos à parceria, os trabalhadores não conseguem encontrar estratégias práticas para a sua efetivação. Podemos observar, a seguir, o relato de um trabalhador sobre a tentativa de construção de um projeto intersetorial envolvendo o CAPS e o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS).

[...] Nessa perspectiva eu escrevi um projeto para trabalhar com os CRAS, para tentar uma mobilização para trabalhar essas questões que realmente são de outra esfera e que merecem resposta e resolutividade, mas que se manifestam não como adoecimento, mas como sofrimento de uma comunidade [...].

A partir do relato acima, o trabalhador descreve a reação ao projeto como positiva, mas sem continuidade:

[...] Fez essa proposta, foi muito legal, mas infelizmente ela não continuou [...]. E acrescenta, [...] dois CRAS foram receptivos, mas outros três ficaram reticentes porque acharam que iriam trabalhar com outro objeto que não o de sua política assistencial [...].



Mesmo nos CRAS em que encontrou receptividade, a efetivação do trabalho encontrou barreiras:

[...] em outros CRAS a gente continua tendo essa relação de estar discutindo junto, de estar trabalhando junto, mas a gente ainda não chegou a um instrumental e a diretrizes concretas de como esse trabalho pode ser realizado [...].

As narrativas expressam ainda entraves advindos de contradições entre as diversas políticas públicas, como, por exemplo, contradições entre as Políticas Nacionais de Assistência Social e de Atenção Psicossocial, no que se refere a um princípio fundamental: a autonomia:

[...] Infelizmente, as políticas são muito contraditórias. A política da previdência é muito contraditória a uma lógica de autonomia. A gente trabalha numa lógica de autonomia e eles trabalham numa lógica de dependência [...].

Emerge, nas narrativas, a importância de discussão acerca de tais contradições bem como de criação de estratégias de enfrentamento. A aproximação e interferência em outros setores do conhecimento ou da atenção, no entanto, nem sempre são bem recebidas.

[...] A promotora veio, em pessoa, na nossa reunião e a gente colocou a necessidade inclusive da gente estar matriciando os assessores técnicos, os assistentes da promotoria, porque muitas vezes eles colocavam questões de adoecimento, que realmente passa-

vam despercebidas porque eles não tinham experiência com saúde mental e encaminhavam de forma errada, inclusive com sugestões inadequadas. Aí a promotora ficou um pouquinho reticente de abrir um espaço pra isso, 'não, mas aí eu tenho que falar com eles' e acabou não sendo feito [...].

É fundamental destacar, nesse contexto, que a superação dos desafios da integralidade do cuidado em saúde não depende apenas dos trabalhadores, mas, principalmente, da efetiva implantação das Redes de Atenção.

O Ministério da Saúde preconiza e vem orientando atos e legislações em saúde que os hospitais especializados em saúde mental devem ser progressivamente substituídos por uma complexa rede de atenção (Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011) que inclui: a) Atenção Básica em Saúde (Unidade Básica de Saúde, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Consultório na Rua, Centros de Convivência e Cultura); b) Atenção Psicossocial Estratégica (Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades); c) Atenção de Urgência e Emergência (SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência); d) Atenção Residencial de Caráter Transitório (Unidade de Acolhimento, Serviço de Atenção em Regime Residencial); e) Atenção Hospitalar (Enfermaria especializada em Hospital Geral, Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas); f) Estratégias de Desinstitucionalização (Serviços Residenciais Terapêuticos, Programa de Volta para Casa); e g) Estratégias de Reabilitação Psicossocial (Iniciati-

vas de Geração de Trabalho e Renda, Empreendimentos de Economia Solidária e Cooperativas Sociais).

O que vivenciamos, no entanto, é a implantação apenas parcial dessa rede, hoje insuficiente, tanto em termos qualitativos (diante da variedade de serviços disponíveis à população) quanto quantitativos (insuficientes em relação à população de referência):

“[...] Da reforma pra cá nós pouco alcançamos alguma coisa. Parece aquela pirâmidezinha, a gente ainda tá nas necessidades mais básicas [...]”.

É importante destacar que a própria Rede de Atenção Psicossocial, mesmo que implantada de modo ideal, ainda necessitaria de outras Redes Intersetoriais como: Assistência Social, Educação, Esporte, Cultura, etc. Como resultado, assistimos, em nosso cotidiano, ao comprometimento da atenção integral a saúde, principalmente no que se refere à atenção preventiva, de promoção da saúde e de reabilitação, mantendo-nos focados apenas na atenção de urgência, emergência e tratamento sendo o último referente, prioritariamente, a casos graves.

Convivemos, cotidianamente, com a impossibilidade de oferecer cuidado a sofrimentos psíquicos decorrentes de situações de vida estressoras, como desemprego e violência, além de dores existenciais, como perdas, lutos e separações, dores que, a depender do tempo e da intensidade em que são vivenciadas, podem agravar ou mesmo gerar transtornos mentais. Na impossibilidade de oferecer cuidado, convivemos com o sofrimento dos usuários e o sentimento de impotência dos profissionais.

[...] Quando vem um paciente que está muito angustiado e na verdade não tem perfil pra cá, ele olha na minha cara e diz ‘e para onde é que eu vou? O que é que eu faço com essa dor que eu sinto? Que aqui não é o meu lugar eu já entendi, mas onde é que eu vou? Eu procuro quem? Aonde? Como? Quando?’ Aí, sentado nessa cadeira em que você está. Aí eu coloco que também é uma angústia desse lado da cadeira não poder atender [...].

Nesse cenário, a expectativa dos trabalhadores em relação a mudanças e avanços não é positiva:

“[...] lá naquelas rodas, eu pensava, quando é? Daqui a quanto tempo? Que geração é essa que vai usufruir de tudo isso que a gente tanto luta e que parece um sonho tão distante? [...]”.

Além disso, alguns lamentam a perda aparente do espírito de luta que animou os primeiros anos da Reforma Psiquiátrica no Brasil, afastando os trabalhadores de uma atuação política que, por vezes, se restringe a uma defesa da política partidária:

[...] A gente no Brasil vive um problema, perdeu a nossa identidade política porque quem era de esquerda, quem passou sua vida toda combatendo, brigando, lutando, hoje tá no poder e não se reconhece mais como esse crítico, esse lutador [...].

Fazendo uma leitura crítica da contemporaneidade, ampliamos nossa discussão percebendo que, talvez, esse cenário não se restrinja ao campo da saúde mental, ou mesmo

da saúde. Como descreve Morin (2011, p. 99), vivenciamos hoje a despolitização da política que se autodissolve na administração, na técnica, na especialização, na economia e no pensamento quantificante. A política fragmentada perde a compreensão da vida, dos sofrimentos, dos desamparos, da solidão, das necessidades não quantificáveis. “A regeneração democrática supõe a regeneração do civismo, a do civismo supõe a da solidariedade e da responsabilidade, ou seja, o desenvolvimento da antropoética”.

### 3.1. REDE DE PETIÇÕES E COMPROMISSOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE MENTAL NA PERSPECTIVA DOS TRABALHADORES DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Buscamos descrever os pedidos e compromissos que se estabelecem na relação entre os trabalhadores do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e os da Atenção Primária à Saúde (APS), assim como as principais interferências neste contexto. Ressaltamos que apresentamos aqui apenas a perspectiva dos trabalhadores do CAPS, considerando que foram estes os participantes da presente pesquisa, não sendo possível inferir que esta perspectiva corresponda à dos trabalhadores da APS ou dos usuários. Considerando que nosso foco de investigação é a relação entre trabalhadores, os atores sociais foram representados em dois grupos: Grupo I, representado pelos trabalhadores do CAPS; e Grupo II, representado pelos trabalhadores da APS. Apresentaremos a seguir dois quadros estabelecendo um paralelo entre os pedidos (Quadro 1) e compromissos (Quadro 2) dos dois grupos.

**Quadro 1** – Pedidos dos trabalhadores do CAPS (Grupo I) e da APS (Grupo II) na atenção primária em saúde mental.

<b>PEDIDOS</b>	
<b>Grupo I</b>	<b>Grupo II</b>
Atendimento na atenção primária à demanda de casos leves ou estabilizados; corresponsabilização da rede de atenção à saúde; educação permanente; boas condições de trabalho	Redução da demanda em saúde mental; acompanhamento no CAPS de todas as pessoas com transtornos mentais, inclusive casos leves; educação permanente; boas condições de trabalho

Fonte: Elaboração própria

**Quadro 2** – Compromissos dos trabalhadores do CAPS (Grupo I) e APS (Grupo II) na atenção primária em saúde mental.

<b>COMPROMISSOS</b>	
<b>Grupo I</b>	<b>Grupo II</b>
Acompanhamento multidisciplinar de pessoas com transtornos mentais graves; apoio matricial em saúde mental	Acompanhamento odontológico, médico e de enfermagem de pessoas com transtornos mentais leves ou estabilizadas

Fonte: Elaboração própria

Expomos a seguir os principais nós-críticos que dificultam a atenção primária em saúde mental, conforme descrito pelos trabalhadores do CAPS: funcionamento insatisfatório do sistema de saúde pública; rede de atenção psicossocial incompleta; dificuldade de acesso aos serviços de saúde; carência de suporte a sofrimentos psíquicos e dores existenciais; excesso de demanda; carência de profissionais; distância cultural entre profissionais e usuários; profissionais da atenção primária em saúde “apenas de passagem”; remuneração e reconhecimento incompatíveis com os in-

vestimentos pessoais em qualificação para profissionais da atenção primária; estigmas e preconceitos; temor e insegurança, por parte dos profissionais da atenção primária em saúde; precarização do trabalho; formação incompatível com as exigências da clínica ampliada; e persistência do paradigma manicomial, especialmente no que se refere à autonomia versus a tutela.

Torna-se evidente o imenso desafio que constitui a efetivação da atenção primária em saúde mental, que se encontra hoje restrita ao acompanhamento clínico (odontológico, médico e de enfermagem) de pessoas com transtornos mentais e sofrimento psíquico, onde tais questões (afetivas e comportamentais) são colocadas como comorbidades secundárias sob a responsabilidade dos serviços especializados.

Inúmeros são os nós-críticos encontrados e chamamos a atenção o fato de que alguns correspondem à dimensão micropolítica, mas, em sua maioria, correspondem à macropolítica. Em relação à primeira, a educação permanente e o apoio matricial surgem como dispositivos fundamentais com potencialidade de produção de subjetividades, desterritorialização e reterritorialização, no sentido de superação do paradigma manicomial e aproximação da humanização e integralidade em saúde.

A predominância de aspectos macropolíticos nos permite inferir a necessidade e, talvez, a urgência da discussão e atuação dos trabalhadores e gestores em relação à dimensão ética e política da Reforma Psiquiátrica e da reforma sanitária, conforme podemos visualizar no discurso a seguir:

[...] A única tese que eu tenho é a de que as pessoas acham que a Reforma Psiquiátrica está dada. Quem não é da nossa geração, quem já encontrou os CAPS, acha que é fácil. Acho que as pessoas avaliam que já está dado e se acomodam. E na verdade não tá dado, está aí o retrocesso acontecendo à revelia de quem é da reforma [...].

### 3.2. REDE DE PETIÇÕES E COMPROMISSOS NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INTERSETORIAL NA PERSPECTIVA DOS TRABALHADORES DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Buscamos descrever os pedidos e compromissos que se estabelecem na relação entre os trabalhadores do CAPS e os de outros setores de assistência, assim como as principais interferências nesse contexto. Do mesmo modo que a RPC anterior, apresentamos aqui apenas a perspectiva dos trabalhadores do Centro de Atenção Psicossocial, não sendo possível inferir que essa perspectiva corresponda à dos trabalhadores de outros setores ou dos usuários. Os atores sociais foram representados em dois grupos: Grupo I, representado pelos trabalhadores do CAPS; e Grupo II, representado pelos trabalhadores de outros setores. Apresentaremos a seguir dois quadros estabelecendo um paralelo entre os pedidos (Quadro 3) e compromissos (Quadro 4) dos dois grupos.



**Quadro 3** – Pedidos dos trabalhadores do CAPS (Grupo I) e de outros setores (Grupo II) na atenção psicossocial intersetorial.

PEDIDOS	
Grupo I	Grupo II
Corresponsabilização por parte de outros setores, com garantia de acesso a ações e programas; garantia e facilidade de acesso aos espaços públicos; boas condições de trabalho para desenvolver ações de educação, cultura e promoção da saúde	Acompanhamento exclusivo no CAPS de todas as pessoas com transtornos mentais; quando indispensável, que a inclusão de usuários do CAPS em programas e serviços de outros setores seja mediada pelo CAPS

Fonte: Elaboração própria

**Quadro 4** – Compromissos dos trabalhadores do CAPS (Grupo I) e de outros setores (Grupo II) na atenção psicossocial intersetorial.

COMPROMISSOS	
Grupo I	Grupo II
Apoio matricial em saúde mental não restrito à atenção primária em saúde; mediação da inclusão de usuários em ações e programas de outros setores; ações de educação em saúde com foco no combate ao preconceito e à estigmatização; projetos de socialização e ampliação cultural dos usuários	Ações e programas de Assistência Social (benefícios; aposentadoria; vale transporte, etc.); ações e programas de Educação; ações e programas de Cultura (espaços públicos, ações culturais gratuitas, etc.)

Fonte: Elaboração própria

Evidenciando os principais nós-críticos que dificultam a atenção intersetorial, trazemos a seguir as principais interferências apresentadas pelos trabalhadores do CAPS na atenção psicossocial intersetorial: não reconhecimento da atenção à saúde mental por parte de outros setores como ob-

jeto de seu trabalho; estigmas e preconceitos; formação profissional incompatível com as exigências da clínica ampliada; dificuldade de acesso a políticas públicas; carência de locais de ampliação da consciência política e luta por direitos; contradições entre as políticas públicas, por exemplo, autonomia versus tutela; trabalho focado no tratamento, urgência e emergência, em detrimento da prevenção e promoção da saúde; dificuldade de operacionalização de projetos intersectoriais; e carência de projetos terapêuticos coletivos, focados nas necessidades de um grupo social ou território.

Podemos perceber que ainda temos um longo caminho a percorrer, principalmente no que se refere ao combate ao preconceito e à estigmatização que compromete, ou mesmo impede, o exercício dos direitos de cidadania das pessoas com transtornos mentais.

[...] Fica muito restrito mesmo aos serviços, à saúde, agora é que a gente tá tentando avançar um pouco na intersetorialidade, depois da conferencia intersetorial a gente tem sido chamado para algumas discussões fora da saúde e a gente também tem chamado outros seguimentos. Mas ainda é muito embrionário. O próprio conselho de saúde aqui de fortaleza sempre foi um conselho que não discutiu muito a questão da saúde mental [...].

Esse fato reafirma a necessidade de uma atuação ética e política dos trabalhadores de saúde mental no sentido de não restringir sua prática à dimensão do tratamento e levar à sociedade (profissionais, gestores e comunidade em

geral) a discussão dos direitos das pessoas que sofrem com transtornos mentais, principalmente em relação ao exercício da cidadania e da integralidade do sujeito. É necessário superar a ideia comum de que o único cuidado necessário a quem sofre com transtornos mentais é o cuidado em saúde mental e que a única interlocução possível, neste cenário, é a interlocução com especialistas.

Precisamos atentar, ainda, para a instrumentalização necessária aos trabalhadores para executar intervenções e articulações dessa ordem, sendo necessário investir em equipamentos (transporte, material educativo, materiais de oficinas, entre outros), mas, também, na mudança da lógica manicomial que olha o sujeito com transtornos mentais a partir de suas limitações, obscurecendo suas possibilidades. Sob esta lógica, as intervenções se pautam mais no princípio da tutela e menos no fortalecimento da cidadania e autonomia.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Discutimos, no presente texto, a relação da equipe multiprofissional do CAPS em relação a outras equipes de trabalho externas. Neste contexto, é importante destacar que, apesar de todas as discussões e diretrizes da Reforma Psiquiátrica, a lógica manicomial não se encontra apenas “do lado de fora”, sendo perceptível, também, e, muitas vezes, de modo forte, nos trabalhadores da atenção “especializada”. É necessário, portanto, investir em espaços autoanalíticos e em educação permanente, permitindo aos trabalhadores a tomada de consciência acerca de suas contradições entre discurso e prática.

As ideias da cogestão, gestão participativa e controle social, que constituem algumas das principais orientações de gestão da Reforma Psiquiátrica, são fundamentadas no reconhecimento da necessidade de participação ativa dos atores sociais envolvidos no cuidado: usuários, trabalhadores e gestores.

Nesse contexto, o apoio matricial se mostra como uma potente ferramenta de diálogo, educação permanente, aproximação com o território e superação do discurso acusatório frequentemente assumido pelos trabalhadores de saúde.

A Reforma Psiquiátrica não está dada, encontra-se em processo de efetivação e consolidação e não cabe a nenhum de nós, atores sociais, uma espera passiva de condições macropolíticas ideais. Cobrar sim, mas de modo ativo, com uma atitude positiva, focada no que é possível e não em justificativas do que não é possível. Esclarecemos que não estamos aqui defendendo qualquer tipo de conformismo: o que defendemos é a superação da passividade e da estagnação assim como da atividade acusatória de responsabilizar apenas quem ou o que está “fora de nosso alcance”, tornando-nos mais ativos e menos reativos.

## 5. REFERÊNCIAS

AGUIAR, D. S. A “Saúde da Família” no Sistema Único de Saúde: um novo paradigma? Rio de Janeiro, 1998, 175 p. Tese (Mestrado em Saúde Pública: subárea de planejamento e gestão de sistemas e serviços de saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1998.

ALVERGA, A. R.; DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, v.10, n. 20, p. 299-316, 2006. <http://www.scielo.br/pdf/icse/v10n20/03.pdf>.

AMARANTE, P. D. C. Saúde Mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In: GIOVANELLA, L. (Org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

BAREMBLITT, G. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. 5. ed. Belo Horizonte: Instituto Félix Guattari, 2002.

BONFIM, I. G. *et al.* Apoio matricial em saúde mental na atenção primária à saúde: uma análise da produção científica e documental. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, v. 17, n. 45, p. 287-300, 2013.

CAMPOS, R. O. T. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. **Saúde em Debate**, v. 25, n. 58, p. 99-111, 2001.

CASTRO, V. S.; NÓBREGA-THERRIEN, S. M. Residência de Medicina de Família e Comunidade: uma estratégia de qualificação. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 2, p. 211-220, 2009.

FIGUEIREDO, M. D.; CAMPOS, R. O. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 129-138, 2009.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. O uso de ferramentas analisadoras para apoio ao planejamento dos serviços de saúde: o caso do serviço social do Hospital das Clínicas da Unicamp. In: MERHY, E. E. *et al.* **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 135-160.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Mapas analíticos: una mirada sobre la organización y sus procesos de trabajo. **Salud Colectiva**, Buenos Aires, v. 5, n. 2, p. 181-194, 2009.

GEANELLOS, R. Exploring Ricoeur's hermeneutic theory of interpretation as a method of analyzing research texts. **Nursing Inquiry**, v. 7, p. 112-119, 2000.

JORGE, M. S. B. *et al.* Interdisciplinaridade no processo de trabalho em centro de atenção psicossocial. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde** (UNIFOR), v. 23, p. 221-230, 2010.

JUCÁ, V. J. S.; NUNES, M. O; BARRETO, S. G. Programa de saúde da família e saúde mental: impasses e desafios na construção da rede. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 173-182, 2009.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2007a.

MERHY, E. E. *et al.* Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2007b.

MINAYO, M. C. S. Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social In: \_\_\_\_\_. **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

MOREIRA, V.; SLOAN, T. **Personalidade, ideologia e psicopatologia crítica**. São Paulo: Escuta, 2002.

MORIN, Edgar. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 2. ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: Unesco, 2011.

OLIVEIRA, G. N. **O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde**. 2. ed. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2010.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, co cuidado e da democratização das relações de trabalho In: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E.; MATTOS, R. A. **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade**: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: CEPESC, 2007.

PESSOA, K. L. V. **Gestão do cuidado em saúde mental**: micropolítica dos processos de trabalho no cotidiano da atenção psicossocial. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2012.

RICOEUR, P. **Do texto à ação**: ensaios de hermenêutica II. Tradução Alcino Ricoeur Paul. São Paulo: Fundação Editora UNESP, 2002.

SAMPAIO; J. J. C.; GUIMARÃES, J. M. X.; ABREU, L. M. **Supervisão clínico-institucional e a organização da atenção psicossocial no Ceará**. São Paulo: Hucitec, 2010.

## CAPÍTULO 6

### PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE USUÁRIOS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Juliana Pessoa Costa  
Maria Salete Bessa Jorge

#### 1. INTRODUÇÃO

Violência nos manicômios, exclusão e modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico são marcos na trajetória da saúde mental no Brasil. Este modelo psiquiatrizante passou a ser contestado e a entrar em crise a partir da Reforma Psiquiátrica, que representou um processo de resignificação das práticas assistenciais em saúde mental bem como a construção de novos saberes e discursos (AMARANTE, 1994). Os saberes e práticas em saúde mental vêm, então, apresentando importantes transformações ao longo das últimas décadas. Estas mudanças ocorreram em diferentes níveis de organização, desde o modo como se percebe o indivíduo em sofrimento psíquico até a configuração do modelo assistencial e os saberes no campo da saúde mental que norteiam estas ações. Dentre as ações sociais que mobilizaram tais mudanças paradigmáticas, cita-se as mobilizações políticas das décadas de 1970 e 1980, pelo processo de redemocratização do Brasil, como umas das mais relevantes que provocaram rupturas nos modelos até então



hegemônicos, contribuindo, inclusive, para a diminuição do preconceito e da discriminação promovidos pela sociedade (QUINDERÉ; JORGE, 2010).

Pensar essas modificações acerca dos saberes e práticas que envolvem o campo da Saúde Mental traz, como ponto central, a análise de como se estrutura e se organiza a prática dos profissionais de saúde, na busca por alcançar uma atenção em saúde mental eficiente. Sabe-se que isto envolve múltiplos fatores dentre os quais esta pesquisa enfoca a representação social dos sujeitos inseridos no cuidado em saúde acerca do processo de desinstitucionalização almejado pela Reforma Psiquiátrica.

Na análise dos saberes e práticas em saúde, destaca-se a importância das tecnologias leves e leve-duras, por corresponderem às habilidades de comunicação e raciocínio clínico (MERHY, 2002) relativas aos aspectos relacional e técnico e têm por maior objetivo o acolhimento do usuário e a interferência na evolução da sua demanda, restabelecendo a homeostasia corporal e produzindo vínculo entre os sujeitos e os serviços (BARROS; BOTAZZO, 2011). Compreende-se, assim, que o modo como se estruturam os saberes acerca da Reforma Psiquiátrica interfere diretamente na consolidação das práticas de Saúde Mental.

Foi a partir dos ideais defendidos pela Reforma que a assistência hospitalocêntrica, de caráter mais alienador do que produtor de ressocialização e reabilitação, passou a ser questionada e profundamente discutida a partir da década de 1970, com a organização, principalmente, dos trabalhadores de saúde, mas, também, de familiares e usuários (ALVES; OLIVEIRA, 2010).

Promovido por esse novo contexto de cuidado em saúde mental, surge, então, no Brasil, a ideia de desinstitucionalização, que consiste não apenas em retirar os sujeitos de dentro dos hospitais psiquiátricos, mas, também, em re-inseri-los em suas comunidades, fortalecendo os vínculos e desenvolvendo sua autonomia e potencialidade (SANTOS, 2000).

Dentre as conquistas oriundas da reforma psiquiátrica, salienta-se a Lei Federal nº 10.216/2001, que foi aprovada e define a internação hospitalar como último recurso no tratamento de transtornos mentais, buscando garantir às pessoas o direito de serem tratadas, preferencialmente, em serviços de base comunitária (GONÇALVES; VIEIRA; DELGADO, 2012). Soma-se a esta a promulgação da Lei nº 10.216/2001, de Paulo Delgado, que proíbe, em todo o Brasil, a construção de novos hospitais psiquiátricos e a contratação, pelo serviço público, de leitos e unidades particulares deste tipo, estabelecendo que os tratamentos devem ser realizados, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental cuja finalidade primordial passa a ser a reinserção social do sujeito em sofrimento psíquico em seu cotidiano vivencial – sua casa, família e comunidade (ANTUNES; QUEIROZ, 2007).

Muito se tem avançado no campo da saúde mental, sendo indicadas novas formas de se produzir cuidado. Surge, então, uma rede de serviços inclinada ao objetivo de assistir os usuários de saúde mental composta pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), leitos psiquiátricos em hospitais gerais, ambulatórios de atendimento especializado, Unidades Básicas de Saúde (UBS), Serviços Residenciais

Terapêuticos (SRT's), entre outras redes de apoio, tais como: associações de moradores de bairros, igrejas, grupos de ajuda mútua, escolas e universidades (PITTA, 2011).

Destarte, evidencia-se que a atenção à saúde mental deve ser sustentada sob uma perspectiva psicossocial capaz de inserir os sujeitos em meio às dinâmicas sociais, centrando suas ações não apenas na doença, mas no indivíduo e nas suas potencialidades, preconizando um atendimento por equipe multiprofissional que deve atuar de maneira interdisciplinar, com vista à reintegração sociocultural das pessoas com transtorno mental (NASI; SCHNEIDER, 2011).

Neste sentido, escolheu-se trabalhar com o processo de desinstitucionalização em saúde mental sob o olhar dos significados, considerando os sujeitos como portadores de um saber construído e partilhado socialmente pela interação (JODELET, 2001).

Adotou-se a Teoria das Representações Sociais (TRS) como possibilidade teórica que visa compreender como os sujeitos agem sobre a realidade, as interpretações que os grupos e sujeitos têm sobre objetos sociais relevantes com o enfoque no saber construído no cotidiano dos grupos sociais – o conhecimento do senso comum (MOSCOVICI, 2003).

Os estudos em Representações Sociais possuem extrema importância no campo da saúde mental, demonstrando diferentes fenômenos pertinentes a este campo, por serem as representações sistemas de interpretações que regem as relações dos sujeitos com o mundo e com os outros, orientando e organizando as suas condutas/comportamentos e as comunicações sociais (COUTINHO, 2003).

Destaca-se, assim, que muito já tem sido realizado no campo da saúde mental, contudo, mudanças paradigmáticas desta magnitude implicam processos longos que se relacionam à reestruturação de saberes e práticas, especialmente por parte dos profissionais de saúde. Deste modo, o presente estudo pretendeu compreender o processo de desinstitucionalização em saúde mental a partir das representações sociais dos usuários e profissionais de saúde.

Esta pesquisa visa contribuir para subsidiar tanto os gestores como os profissionais da saúde para a execução de ações de práticas mais humanizadas, a implantação de políticas públicas em saúde mental e auxiliar na formulação de práticas mais condizentes com as demandas dos usuários da rede de atenção psicossocial. Assim, objetivou-se analisar as representações sociais sobre o processo de desinstitucionalização elaboradas pelos profissionais de saúde e usuários dos serviços dos diferentes dispositivos da rede de atenção psicossocial, no caso presente, a ESF e o CAPS.

Diante das argumentações teóricas emergiram os seguintes questionamentos:

a) Quais as representações sociais dos profissionais de saúde e usuários dos serviços da atenção psicossocial sobre desinstitucionalização?

b) Qual a representação social dos profissionais de saúde e usuários dos serviços (CAPS e ESF) sobre a Reforma Psiquiátrica?

c) Quais as Representações Sociais dos profissionais de saúde e usuários sobre a internação psiquiátrica?

## 2. PERCURSO METODOLÓGICO

Optou-se por desenvolver a pesquisa utilizando a objetivação e a ancoragem como elementos conceituais da Teoria das Representações Sociais, segundo Moscovici (2003), em uma abordagem multimétodo. Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, na medida em que se utiliza de seus fundamentos para a apresentação dos dados sociodemográficos dos participantes da pesquisa, do Teste de Associação Livre de Palavras (TALP) e de entrevistas para conhecer como os profissionais e usuários representam o processo de desinstitucionalização.

A pesquisa foi realizada no município de Fortaleza, capital do estado do Ceará, nordeste do Brasil, mais precisamente na SR V. Os participantes da pesquisa foram os usuários e profissionais do CAPS e da Estratégia Saúde da Família (ESF).

A escolha deste território administrativo-político se deu por estar pactuado com a Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde com o qual a Universidade Estadual do Ceará (UECE) e a Prefeitura de Fortaleza desenvolvem parcerias no âmbito da formação, de atividades sociocomunitárias e responsabilidade sanitária neste território. Assim, esse vínculo permitiu um melhor acesso ao campo de pesquisa.

A pesquisa foi realizada com 80 participantes, sendo 50 usuários e 30 profissionais de saúde, dentre eles médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos e terapeutas ocupacionais do CAPS e da ESF.

O fechamento amostral foi baseado na saturação teórica, que se dá quando as “informações fornecidas pelos

últimos participantes da pesquisa pouco acrescentaram ao material já obtido, não mais contribuindo significativamente para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados que estão sendo coletados” (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Os critérios de inclusão utilizados foram:

Para os profissionais de saúde: atuar como profissional de nível superior na ESF e CAPS (geral) há, pelo menos, um ano, realizando atendimentos de saúde mental, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para usuários dos serviços: usuários atendidos no CAPS Geral com interlocução com a equipe saúde da família ou usuários somente do CAPS, que são atendidos no serviço há, pelo menos, um ano e orientados mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Antes da realização do trabalho de campo, o estudo foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da UECE, recebendo parecer favorável de nº 681.467. Deste modo, seguiram-se os princípios da bioética descritos na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), tendo os sujeitos tido acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que assinaram autorizando a participação na pesquisa (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012).

Foram utilizadas duas técnicas de coleta de dados: o Teste de Associação Livre de Palavras (TALP) e a entrevista em profundidade.

No TALP, foram utilizados quatro estímulos indutores: loucura, desinstitucionalização, internação psiquiátrica,

reforma psiquiátrica. As palavras evocadas no TALP foram analisadas pelo *software* Tri-Deux-Mots, um instrumento de pesquisa que utiliza técnicas simples e técnicas mais complexas. Nesse programa, que teve como instrumento de estudo a Teoria das Representações Sociais, utilizando a TALP, as palavras evocadas são transcritas na íntegra, correspondendo a cada estímulo indutor, o que revela graficamente a representação do plano fatorial (COUTINHO; SARAIVA, 2011).

Os dados fornecidos foram processados pelo *software* Tri-deux-mots (versão 2.2, Cibois 1995). Seguiram-se cinco etapas para o processamento dos dados: IMPMOT (gerando o dicionário e a frequência absoluta); TABMOT (tabulação dos dados); ECAPEM (construção dos fatores); ANECAR (geração do arquivo com as informações da análise fatorial de correspondência); e PLANFA (produção do gráfico com as coordenadas ou fatores).

Na análise dos dados concernente à compreensão do princípio básico da análise fatorial, pode-se destacar os eixos F1 e F2 que explicitam as modalidades de respostas (COUTINHO; SARAIVA, 2011).

Foi usada a entrevista em profundidade como unidade de contexto complementar aos resultados do TALP. Buscou-se, assim, abordar questões subjetivas e objetivas, possibilitando a obtenção de informações a partir dos discursos dos entrevistados sobre o seu entendimento acerca da Reforma Psiquiátrica.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Por meio das interlocuções dos participantes em resposta ao TALP, foram evocados 822 termos. Estas respostas aos estímulos indutores produziram a ocorrência de 704 palavras diferentes. A técnica utilizada possibilitou a elaboração de eixos que evidenciam os resultados apresentados em um campo representacional e distribuídos de maneira oposta sobre os fatores F1 e F2. Essa formação gráfica reproduz a atração manifesta entre as variáveis fixas: (Grupo: Usuário, Profissional; Local: CAPS Geral e ESF; e Idade: 20-28, 29-36, 37-44, acima de 45 anos) e as variáveis de opinião (respostas aos estímulos indutores).

**Quadro 1** – Variáveis fixas da pesquisa – Fortaleza-CE, 2014.

GRUPO	Usuário Profissional
LOCAL	CAPS GERAL ESF
IDADE	20-28 anos 29-36 anos 37-44 anos Acima de 45 anos

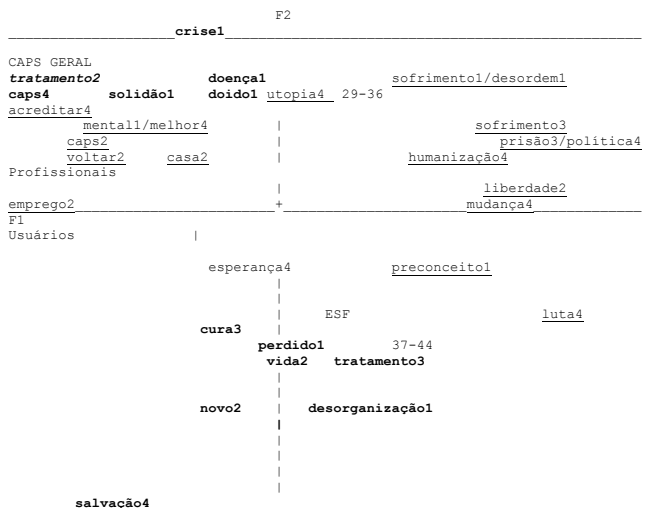
**Quadro 2** – Estímulos e sujeitos da pesquisa – Fortaleza-CE, 2014.

ESTÍMULOS	SUJEITOS	
1. Loucura 2. Desinstitucionalização 3. Internação Psiquiátrica 4. Reforma Psiquiátrica	Usuários-Usuários	Profissionais de Saúde -profissionais de Saúde



Os fatores podem ser identificados na representação gráfica através da distinção da palavra em negrito ou sublinhado. O fator F1, horizontal aparece sublinhado evidenciando os resultados mais importantes da pesquisa, enquanto o F2, vertical, surge em negrito, completando os resultados manifestos no F1. Portanto, os fatores F1 e F2 foram os de maior contribuição, concentrando as principais informações das respostas evocadas pelos sujeitos no TALP. O fator F1 abrangeu 50,5% da variância total de respostas (valor próprio = 0.172904) e o segundo fator, 16,9% da variância total de respostas (valor próprio = 0.057996), perfazendo um total de 67,4% da variância total dos dados.

**Gráfico 1** – Representação gráfica dos fatores F1 e F2.



No eixo horizontal (F1), lado esquerdo, composto por usuários, como resposta evocada ao primeiro estímulo indutor (loucura), foi verbalizada a palavra *mental* (CPF=59). A noção de loucura ancorada na necessidade de cuidados de modo a favorecer o desenvolvimento de graus de autonomia nos sujeitos e sua integração à sociedade é uma questão recorrente na fala dos usuários e se apresenta em consonância com o processo de desinstitucionalização promovida pela reforma psiquiátrica. O trecho a seguir revela esta questão:

[...] A saúde mental ela é o contrário da doença mental, ela é uma doença diferente das outras, a pessoa sem a saúde mental fica doente da mente, eu acredito que a pessoa que fica doente da cabeça pode voltar ao normal e deve ser respeitada pela sociedade (Usuário, CAPS Geral).

No segundo grupo, predominaram, nas verbalizações dos profissionais de saúde, as expressões *sofrimento* (CPF=38), *desordem* (CPF=40) e *preconceito* (CPF=23).

O segundo estímulo (desinstitucionalização), no eixo F1, lado esquerdo, que se refere ao grupo de usuários que verbalizam: *tratamento* (CPF=33) CAPS (CPF=29), *voltar* (CPF=36), *casa* (CPF=29) e *emprego* (CPF=36).

Os usuários destacam, ainda, a importância dos serviços substitutivos no cuidado aos portadores de transtorno mental. Segundo eles, o serviço permite a reabilitação, por meio da realização de atividades que colaboram para a socialização e desenvolvimento, não necessitando dispor de ferramentas como a internação, como retratado na seguinte fala:

O serviço que o CAPS oferece é muito importante, é melhor que o hospital, eles têm atividades, têm grupo, que ajuda, aqui não precisa ninguém ser internado. A internação é coisa antiga, o melhor tratamento é no CAPS (Familiar, CAPS Geral).

Já no grupo dos profissionais – eixo F1, lado direito –, a categoria para o estímulo desinstitucionalização foi *liberdade* (CPF= 94). Pode-se observar a sua relevância, na fala dos participantes, ao afirmarem que a liberdade proporcionada pela reforma psiquiátrica permitiu ao usuário poder integrar o cenário político e social, rompendo com o estigma e permitindo que este seja o centro de uma rede de cuidados com foco não na doença, mas no sujeito, nos seus desejos, suas relações, suas potencialidades. Isto pode ser identificado na fala a seguir:

Eu acho que a liberdade que a reforma psiquiátrica e a desinstitucionalização proporcionam deve ser vista e louvada pelo meio político e social, por meio de uma rede de cuidados que o paciente tivesse autonomia, interação social, quebra de paradigmas, tirar o estigma das pessoas que tem doença mental e também de extinguir o modelo manicomial, de exclusão (Enfermeiro, CAPS Geral).

No terceiro estímulo (internação psiquiátrica), o grupo de usuários – eixo F1, lado esquerdo – não apresenta homogeneidade para este estímulo.

Com relação aos profissionais de saúde – eixo F1, lado direito – ao terceiro estímulo (internação psiquiátrica), foram evocadas as palavras *sofrimento* (CPF=40), novamente destacada por sua relevância para este grupo, e *prisão* (CPF=41), conforme observado nos discursos dos profissionais abaixo: “[...] Acredito que a internação é um sofrimento, acho que as pessoas com transtorno mental estão num sofrimento intenso, os hospitais estão fechando e o CAPS não tá dando conta [...]” (Terapeuta Ocupacional, CAPS AD).

Assim sendo, embora a reforma psiquiátrica enfatize a desinstitucionalização, por meio da saída dos usuários de dentro dos hospitais psiquiátricos para serem atendidos no contexto dos serviços substitutivos, este tem sido um problema, na medida em que os serviços não conseguiram ainda se estruturar na mesma proporção em que são fechados os hospitais psiquiátricos, não conseguindo, muitas vezes, acolher de modo adequado esta demanda. No grupo dos usuários– eixo F1, lado esquerdo –, no quarto estímulo (Reforma Psiquiátrica), as categorias foram *melhor* (CPF=25) e *acreditar* (CPF=45), o que pode ser identificado na fala a seguir: “Essa reforma veio pra melhorar a vida dos pacientes como eu, hoje o hospital tá fechado, vivo no CAPS que todo dia tem grupo, remédio e médico” (Usuário, CAPS Geral).

No quarto estímulo, é possível observar que as representações mais significativas verbalizadas pelos profissionais da saúde – eixo F1, lado direito –, foram *utopia* (CPF=37), *política* (CPF=64), *mudança* (CPF=36), *humanização* (CPF=54), *luta* (CPF=57), o que se pode visualizar no discurso de um dos participantes: “Podemos observar que a reforma psiquiátrica, na teoria, é linda, mas, na prática, a luta

ainda está adormecida, acho que ainda tem muita coisa pra melhorar” (Enfermeira, CAPS Geral).

No eixo vertical (F2) parte superior, caracterizado pelo grupo dos profissionais e usuários do CAPS Geral, na faixa etária entre 29-36 anos, para o primeiro estímulo (loucura), as palavras evocadas foram *doença* (CPF=29), *solidão* (CPF=26), *crise* (CPF=100) e *doido* (CPF=23). De acordo com o eixo F2 – parte inferior, formada pelos profissionais e familiares da Estratégia Saúde da Família, na faixa etária entre 37-44 anos –, com relação ao primeiro estímulo (loucura), aparecem os termos *preconceito* (CPF=21), *perdido* (CPF=36) e *desorganização* (CPF=62).

Com relação ao segundo estímulo (desinstitucionalização), na parte superior do eixo F2, composta pelos usuários e profissionais do CAPS Geral, na faixa etária entre 29-36 anos, surge o termo *tratamento* (CPF=35), lembrando as novas formas de cuidado em saúde mental. De acordo com o eixo F2, na parte inferior, que representa os profissionais e usuários da Estratégia Saúde da Família, na faixa etária entre 37-44 anos, as evocações foram *vida* (CPF=50) e *novo* (CPF=80).

Com relação ao terceiro estímulo (internação psiquiátrica), no eixo F2 – superior –, este grupo não menciona nada a respeito. Já no eixo inferior do mesmo, surgem as palavras *tratamento* (CPF=98) e *cura* (CPF=45).

Para o quarto estímulo (reforma psiquiátrica), no eixo F2, superior, grupo CAPS Geral de profissionais e usuários na faixa etária entre 29-36, as palavras evocadas foram *CAPS* (CPF=29). No eixo F2, inferior, para o quarto estímulo (reforma psiquiátrica), no grupo de profissionais e usuários da

ESF, na faixa etária entre 37-44 anos, aparecem as representações *esperança* (CPF=25) e *salvação* (CPF=114).

Os resultados apresentados na presente pesquisa demonstram a representação social de usuários e profissionais de saúde, através da interpretação da realidade de grupos sociais e seu meio mediante a interpretação do objeto que é transformado em saber útil que tem como função de compreender o mundo. Utilizou-se para a pesquisa a objetivação e a ancoragem.

No eixo horizontal F1, lado esquerdo, predomina, ao primeiro estímulo, a expressão *mental*. Esta palavra representa a loucura compreendida como sendo a inexistência de saúde psíquica. Esta forma de perceber o estado de insensatez é como os usuários em geral atribuem o bem-estar psíquico, algo que se localiza na cabeça e está relacionada ao seu funcionamento ou ainda à formação do cérebro.

A doença mental passa a ser representada como sendo qualquer transtorno da cabeça e a mudança que ela pode causar em suas vidas. Esta forma de perceber a patologia psiquiátrica é comum entre os usuários e a população em geral, que atribuem ao transtorno mental um problema que se localiza na cabeça seja um mau funcionamento ou uma má formação do cérebro.

O termo mental faz alusão a doente mental e, como descreve Foucault (2010), a doença mental sempre foi bastante obscura, pela falta de uma conceituação definida para estes transtornos, passando pelo isolamento imposto pelas internações psiquiátricas e pelas possíveis produções de condutas que são promotoras de inclusão ou determinantes para a exclusão.

Diferente da representação dos usuários, os profissionais percebem a loucura como patologia que pode ocasionar processo de exclusão inevitável e adoecimento. Dentre as palavras evocadas pelos profissionais de saúde no primeiro estímulo, predominaram as palavras: *sofrimento*, *desordem* e *preconceito*. Estas palavras mostram a forte representatividade deste grupo.

Nesse sentido, Rodrigues (2010) aponta que os profissionais percebem os pacientes como pessoas que precisam de ajuda, por estarem vivenciando uma experiência de adoecimento psíquico. Além disto, são percebidas como pessoas que podem despertar, nas outras pessoas, preconceito e compaixão.

Os profissionais de saúde apresentam uma visão estereotipada e ancorada no conceito de loucura, representações que não favorecem a autonomia do sujeito e o desenvolvimento da potencialidade da pessoa com transtorno mental.

Tais representações reforçam a ideia de que a pessoa com sofrimento mental precisa de amparo de quem sabe cuidar e de quem tem responsabilidade por esse cuidado, “os especialistas”. Portanto, evidenciam duas das funções das representações sociais, destacadas por Abric (1994): a função de orientação de condutas, que guia os comportamentos e as práticas; e a função justificatória, que reforça as tomadas de posição e os comportamentos efetivados (no caso específico, a manutenção do doente mental no sistema asilar, sob a tutela da Psiquiatria). A partir de representações deste tipo, criase uma lógica que pode ser expressa por cuidar/tratar/hospitalizar, o que termina por sustentar o sistema asilar.

Para os usuários, no eixo F1, as verbalizações para o estímulo dois, foram *tratamento*, *CAPS*, *voltar*, *casa* e *emprego*. Pode-se observar que a representação neste grupo está ligada à reinserção social e a serviços substitutivos. O tratamento está ligado ao CAPS, que aparece como nova forma de substituição do modelo manicomial e que se efetiva enquanto produtor de cuidado através do fortalecimento de uma rede de serviços que tem seu foco em práticas que favoreçam ações promotoras de emancipação e melhoria na qualidade de vida das pessoas (BEDIN; SCARPARO, 2011).

Já os termos *emprego*, *voltar* e *casa* se relacionam à inserção do usuário em meio às dinâmicas sociais. O *emprego* confere aos sujeitos valor social, na medida em que se tornam úteis e são capazes de produzir meios para a sua própria subsistência. As palavras *voltar* e *casa* se relacionam ao retorno do sujeito, antes recluso no hospital psiquiátrico, para o convívio familiar. A evocação desses termos revela aspectos fundamentais para serem trabalhados acerca da desinstitucionalização, como, por exemplo, o retorno ao lar, visto que, como descreve Foucault (2010), o cuidado em saúde mental deve estar ligado ao ambiente em que se vive, a questões do cotidiano e a relações familiares. Desta forma, o CAPS deve proporcionar um tratamento que vise os cuidados de reinserção social de seus usuários por meio do acesso ao lazer, do retorno ao lar, do trabalho e da reconstrução dos laços comunitários e familiares (LOPES, 2013).

A esse respeito, Jodelet (2001) revela que o processo de desinstitucionalização é de extrema importância no processo de reinserção social dos usuários, que o fato de ser um paciente psiquiátrico faz a diferença, uma vez que a doença mental é considerada diferente das outras doenças.



A categoria *liberdade* aparece como verbalização do grupo de profissionais para o estímulo dois. Ressalta-se o papel da desinstitucionalização como desconstrução do modelo de atenção em saúde mental brasileiro, consolidando a rede extra-hospitalar e estabelecendo a desospitalização. Assim, este processo visa o cuidado em liberdade e a modificação na forma de organização das instituições psiquiátricas que antes aprisionavam e oprimiam. De acordo com Netto e Braz (2007), a liberdade está associada a ser livre, é poder escolher, ser capaz de pensar, conhecer, projetar. Enfim, o ser social dispõe da capacidade da socialização e é passível de apropriação e desenvolvimento por parte dos membros da sociedade, dos processos de interação social.

No eixo F1, terceiro estímulo (internação psiquiátrica), os usuários não apresentam consenso a este respeito. Já os profissionais evocaram as expressões *sofrimento* e *prisão*. Neste contexto, as respostas podem ser traduzidas como o sofrimento e o aprisionamento a que as pessoas com transtorno mental foram submetidas ao longo da história, a complexidade da compreensão da doença, a exclusão e o confinamento em hospitais psiquiátricos, de modo que, por muito tempo, permaneceram em longas internações, excluídos e marginalizados. Apesar da construção dos leitos psiquiátricos em hospitais gerais, grande parte das internações de usuário de saúde mental ainda ocorre nos hospitais psiquiátricos.

Nesse sentido, os usuários ancoram as representações sociais em suas práticas individuais e grupais em relação a este objeto. Assim, as RS, ancoradas na instituição enquanto “sofrimento e aprisionamento”, demonstram a vulnerabili-

dade pessoal, desordem social, privação de liberdade e causas do sofrimento de ordem física e psicológica da pessoa com transtorno mental (JODELET, 2001).

As representações dos usuários para o quarto estímulo, eixo F1 esquerdo, foram *melhor* e *acreditar*, do que se observa que o processo da Reforma Psiquiátrica e o surgimento dos serviços substitutivos favoreceram a construção da interação social, a construção da cidadania e autonomia, tendo na Política de Saúde mental um processo de transformação da relação sociedade–loucura, buscando construir novos rumos para a inclusão social.

Para Bedin e Scarparo (2011), o sujeito inserido nesses serviços substitutivos se torna participante de seu tratamento, pois existe trabalho com a participação da família e espaço para o momento da fala, escuta e inclusão social.

Diferente dos usuários, que acreditam na reforma psiquiátrica, os profissionais – eixo F1, lado direito –, no quarto estímulo (Reforma Psiquiátrica), apresentam como representações mais significativas verbalizadas: *utopia*, *política*, *mudança*, *humanização* e *luta*, entendendo-se que as palavras evocadas estão associadas àquilo em que os profissionais acreditam. A utopia é vista como algo difícil de ser concretizado, mas que não exclui a possibilidade de acontecer pela mobilização de gestores, usuários, familiares e trabalhadores de saúde (OLIVEIRA; FORTUNATO, 2003).

Deve-se compreender que uma reforma utópica é aquela formada por uma visão da loucura associada à visão patológica. Entretanto, a luta cotidiana por mudanças nos serviços e o número reduzido de profissionais de saúde contradizem o que a reforma estabelece.

No eixo F2, parte superior, caracterizada pelo grupo dos profissionais e usuários do CAPS Geral, na faixa etária entre 29-36 anos, para o primeiro estímulo, as palavras evocadas foram *doença, solidão, crise e doido*, trazendo a ideia de que a saúde mental é importante para que não ocorra o processo de adoecimento psíquico gerado pelo processo de sofrimento mental e a singularidade de lidar com a experiência da complexidade dos sintomas. Para Ferigato, Campos e Ballarin (2007), a introdução do termo crise aborda as consequências psicológicas causadas nos seres humanos após tragédias ou catástrofes, ou seja, uma concepção que atribui o adoecer psíquico à solidão e causas externas ou sociais.

De acordo com o eixo F2, parte inferior, formada pelos profissionais e usuários da Estratégia Saúde da Família, na faixa etária entre 37-44 anos, com relação ao primeiro estímulo (loucura), aparecem os termos *preconceito, perdido e desorganização*. Ao comparar o eixo F2 superior e o inferior, percebemos que, ao estímulo (loucura), aparecem as dificuldades enfrentadas no processo de adoecimento referentes à patologia e ao impacto que esta pode causar no contexto psíquico e social, segundo Maciel *et al.* (2008), a dimensão da exclusão vivida pelo sujeito e a visão da sociedade em um processo de culpabilização do sujeito. O processo de adoecimento, muitas vezes, não é aceito compreendendo a condição de vida como uma fatalidade.

Com relação ao segundo estímulo (desinstitucionalização), parte superior do eixo F2, composta pelos usuários e profissionais do CAPS Geral, na faixa etária entre 29-36 anos, surge o termo *tratamento*, lembrando as novas formas de cuidado em saúde mental e diminuindo o poder da institucio-

nalização. A desinstitucionalização surge como nova forma de tratar, sendo necessário desmontar o antigo modelo e tornar o paciente um ator da sua própria história (HIRDES, 2009).

No segundo estímulo, na parte inferior do eixo F2, representando o grupo dos profissionais e usuários da ESF, na faixa etária entre 37-44, as evocações foram *vida e novo*. Observou-se a desinstitucionalização como a desconstrução de saberes e práticas psiquiátricas, que devem garantir uma nova forma de pensar e agir nas práticas de cuidado. É a partir desta proposta que surgem os serviços substitutivos como práticas e redes de cuidado e equipamentos sociais inseridos na comunidade, nos espaços micropolíticos (LOPES, 2013).

Com relação ao terceiro estímulo (internação psiquiátrica) – eixo F2 superior – este grupo não menciona nada a respeito deste estímulo. Já no eixo inferior do mesmo, composto pelo grupo dos profissionais e usuários da ESF, na faixa etária entre 37-44, as palavras foram *tratamento e cura*, o que dá a perceber que este grupo enxerga a internação no caso de ocorrer incapacidade de autocuidado, risco de agressão e em casos graves. As internações psiquiátricas têm como objetivo tratar, cuidar e proteger o doente mental de comportamentos perigosos. A institucionalização é indicada em casos graves, no esgotamento dos serviços extra-hospitais (GONÇALVES; VIEIRA; DELGADO, 2012).

O quarto estímulo (reforma psiquiátrica) no eixo F2 superior, grupo CAPS Geral de profissionais e usuários, faixa etária entre 29-36, a palavra evocada foi *CAPS*. Ressalta-se o papel deste serviço no processo de melhoria na atenção a saúde, como novas formas de tratamento e de assistência à pessoa com transtorno mental.

Para o quarto estímulo, no eixo F2 inferior, grupo de profissionais e usuários da ESF na faixa etária entre 37-44 anos, aparecem as representações *esperança e salvação*. Observando, percebe-se que este grupo acredita que a reforma psiquiátrica pode proporcionar melhora quando se trata de cuidados em saúde mental. O tratamento ao sofrimento psíquico deve começar a ser compreendido como algo que pode propiciar qualidade de vida, buscando exaltar as potencialidades e a inserção social, permitindo a desconstrução da desesperança respeitando a individualidade de cada um e as formas de lidar com o indivíduo (LEÃO; BARROS, 2008).

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo, as representações dos profissionais de saúde e dos usuários dos serviços apontam que, para a ocorrência da concretização completa da Reforma Psiquiátrica, deve ocorrer a mudança do olhar gestor sobre a importância deste movimento para a sociedade, visto que, para se estabelecer a quebra do modelo manicomial, deve-se colocar em prática, políticas que estão somente no papel.

Portanto, as representações sociais do cuidado em saúde mental apresentam-se como um universo complexo a envolver aspectos culturais, sociais e econômicos. Apreendê-los proporcionará o conhecimento de seus pressupostos teóricos do estudo com a realidade do cuidado em saúde mental no contexto atual.

O CAPS aparece como um serviço de reabilitação psicossocial que valoriza o social, a ressocialização do indivíduo e a participação da família no tratamento. Outro as-

pecto relevante é o preconceito que a pessoa com transtorno mental enfrenta no seu cotidiano. É necessário tornar as representações sobre a doença mental menos estigmatizantes, visto que a imagem do louco ainda é associada a periculosidade.

Diante de tudo o que foi exposto, a atenção integral em saúde mental necessita que as políticas públicas que estão no papel passem a fazer parte da prática dos serviços, evitando a fragmentação da rede de saúde mental, a falta de recursos, a rotatividade dos profissionais, a falta de investimento financeiro, frustrações e desesperanças com a lentidão e as respostas negativas dos governos e da sociedade em relação à construção e implantação do processo de desinstitucionalização.

Com esses resultados pretende-se desvendar as dificuldades na implantação da reforma psiquiátrica e no processo de desinstitucionalização dos usuários que são atendidos pelo CAPS e ESF.

## 5. REFERÊNCIAS

ABRIC, J. **Pratiques sociales et représentations**. Paris: Press Universitaires de France, 1994.

AMARANTE, P. Asilos, alienados e alienistas. In: \_\_\_\_\_. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

ALVES, M.; OLIVEIRA, R. M. P. de. Enfermagem psiquiátrica: discursando o ideal e praticando o real. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 64-70, mar. 2010.

ANTUNES, S. M. M. de O.; QUEIROZ, M. A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 207-215, jan. 2007.

BARROS, R. S.; BOTAZZO, C. Subjetividade e clínica na atenção básica: narrativas, histórias de vida e realidade social. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4337-4348, nov. 2011.

BEDIN, D. M.; SCARPARO, H. B. K. Integralidade e saúde mental no SUS à luz da teoria da complexidade de Edgar Morin. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo, v. 13, n. 2, ago. 2011.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, 2012.

COUTINHO *et al.* **Representações sociais**: abordagem interdisciplinar. João Pessoa: Editora Universitária, 2003.

COUTINHO, M. P. L.; SARAIVA, E. R. A. **Métodos de pesquisa em Psicologia Social**: perspectivas qualitativas e quantitativas. João Pessoa: Universitária, 2011.

FERIGATO, S. H.; CAMPOS, R. T. O.; BALLARIN, M. L. G. S. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 6, n. 1, p. 31-44, 2007.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008.

FOUCAULT, M. **Os anormais**: curso no College de France (1974-1975). 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

GONÇALVES, R. W.; VIEIRA, F. S.; DELGADO, P. G. G. Política de Saúde Mental no Brasil: evolução do gasto federal entre 2001 e 2009. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 51-58, fev. 2012.

HIRDES, Alice. Autonomia e cidadania na reabilitação psicossocial: uma reflexão. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 165-171, fev. 2009.

JODELET, D. **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001.

LEÃO, A.; BARROS, S. As representações sociais dos profissionais de saúde mental acerca do modelo de atenção e as possibilidades de inclusão social. **Saude soc.**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 95-106, mar. 2008.

LOPES, M. M. F. **Trabalho e saúde mental**: a inserção das pessoas com transtorno mental do Centro de Atenção Psicossocial de Rio das Ostras no mercado de trabalho. Rio das Ostras, 2013.

MACIEL, S. C. *et al.* Exclusão social do doente mental: discursos e representações no contexto da reforma psiquiátrica. **Psico-USF**, v. 13, n. 1, p. 115-124, jan./jun. 2008.

MERHY, E. E. Ato de cuidar: alma dos serviços de saúde. In: \_\_\_\_\_. **Saúde**: cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

NASI, C.; SCHNEIDER, J. F. O Centro de Atenção Psicossocial no cotidiano dos seus usuários. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1157-1163, out. 2011.

NETTO, J. P.; BRAZ, M. **Economia política**: uma introdução crítica. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2007.



OLIVEIRA, F. B.; FORTUNATO, M. L. Saúde mental: reconstruindo saberes em enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 56, n. 1, p. 67-70, fev. 2003.

PITTA, A. M. F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4579-4589, dez. 2011.

QUINDERÉ, P. H. D.; JORGE, M. S. B. (Des) construção do modelo assistencial em saúde mental na composição das práticas e dos serviços. **Saude soc.**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 569-583, set. 2010.

RODRIGUES, R.C. *et al.* Reforma psiquiátrica e inclusão social pelo trabalho. saúde coletiva, vol.15, supl.1, Rio de Janeiro, junho 2010.

SANTOS, N. S. *et al.* A autonomia do sujeito psicótico no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília., v. 10, n. 4, p. 46-53, 2000.

## CAPÍTULO 7

### REGULAÇÃO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE MÉDIA COMPLEXIDADE: PRINCIPAIS ESTRATÉGIAS

*Maria Homéria Leite de Moraes Sampaio*

*Lucia Conde de Oliveira*

*Maria Marlene Marques Ávila*

#### 1. INTRODUÇÃO

Entre os valores assegurados no arcabouço do Sistema Único de Saúde (SUS) e contidos na Constituição Federal de 1988, destacam-se a garantia da saúde como direito de todos e dever do Estado e o acesso universal e equânime às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. Ainda segundo a Constituição, o SUS deve se organizar sob a forma de rede de serviços regionalizada e hierarquizada. O acesso a esta rede, prioritariamente, deve se dar pela Atenção Primária à Saúde (APS). Conforme Solla e Chioro (2008), esta rede precisa se constituir por serviços capazes não só de atender, mas, também, de solucionar os principais problemas de saúde da população.

A APS representa o primeiro contato e a principal porta de entrada dos usuários do SUS. É esse nível que assegura acesso ao conjunto de novas necessidades e aos problemas mais comuns e menos definidos, o que implica na

possibilidade de garantir assistência contínua à população e de promover atenção em várias situações. Entretanto, os problemas e demandas de saúde, “[...] que não forem resolvidos nesse nível deverão ser referenciados para os serviços especializados ambulatoriais ou hospitalares” (SOLLA; CHIORO, 2008, p. 62), ou seja, nível secundário ou de média complexidade. A média complexidade é um conjunto de serviços e ações terapêuticas, tecnológicas e diagnósticas leves e de baixo custo, mediado pela participação, disponibilidade e competência dos profissionais especializados para a redução dos problemas e danos que afetam a saúde da população (SOLLA; CHIORO, 2008; BRASIL, 2002).

Não obstante, frequentemente são identificados alguns desafios e obstáculos relacionados à APS e à média complexidade: falta de resolução da APS; grande demanda reprimida de média complexidade; interesses privados que definem o padrão da oferta, sobressaem e divergem das necessidades de saúde da população; e deficiência de planejamento, contratualização e gerenciamento a gerar fragmentação e justaposição nas ações e serviços de saúde (SILVA, 2013).

Apesar da persistência desses obstáculos, novos avanços e iniciativas foram definidos para a gestão das Redes de Atenção à Saúde (RAS) destacando-se o Pacto pela Saúde 2006, como “[...] uma forma eficiente de definir consensualmente a organização, o funcionamento e o financiamento do SUS [...]” (SANTOS; ANDRADE, 2009, p. 87), nas seguintes vertentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão. Uma das prioridades do Pacto de Gestão foi a de estabelecer a regulação como uma das suas diretri-

zes (BRASIL, 2006). Para a configuração das referidas RAS, integrou-se como um dos critérios básicos de sua estrutura operacional o sistema de acesso regulado à saúde (SILVA, 2013; MENDES, 2011).

De modo geral, a regulação, pelo seu potencial, abrange conceitos complexos (SILVA, 2013; OLIVEIRA; ELIAS, 2011), passando a ser compreendida como um conjunto de atividades capazes de dirigir, ajustar, possibilitar ou impedir certos processos. Para Mendonça, Reis e Moraes (2006), ao exercer a função de elaboração de leis, regras e normas, identifica-se com o ato de regulamentar, outras funções de fiscalização, controle e auditoria com as ações e técnicas que levam ao desempenho destas funções.

Na perspectiva do sistema de regulação da saúde no Brasil, esse conceito se vincula a dois grupos: um consiste em ações e serviços decorrentes do subsistema público e compreende que ambos, regulação e controle de acesso aos serviços de saúde, significam regulamentação e elaboração de regras. O outro aborda o subsistema privado e compreende a regulação como sendo as falhas de mercado corrigidas do sistema de saúde (OLIVEIRA; ELIAS, 2011).

Em consonância com o Pacto Pela Saúde 2006, foi implantada a Portaria n° 1.559/2008, que instituiu a Política Nacional de Regulação (PNR) do SUS. Assim, a PNR propõe a regulação em saúde em três dimensões de atuação com integração entre elas: Regulação de Sistemas de Saúde, Regulação da Atenção à Saúde e Regulação do Acesso à Assistência (BRASIL, 2006; 2008).

Por sua vez, a regulação do acesso é a disponibilidade da alternativa assistencial mais satisfatória à necessidade

da população de maneira que ela seja equânime, ordenada, oportuna e racional. Esta maneira de ser admite conexão com o planejamento, controle e avaliação e consiste em disposições operacionais que proporcionam oferta e demanda por serviços de saúde, com o objetivo de promover a equidade do acesso às ações e serviços de saúde e garantir a integridade da assistência (BRASIL, 2006; 2008; MENDONÇA; REIS; MORAES, 2006).

No Ceará, a Secretaria Estadual de Saúde (SES) vem desenvolvendo esforços para organizar as redes de atenção para a oferta dos serviços de média complexidade, nas vinte e duas regiões de saúde do Estado, como estratégias de gestão para enfrentar um dos grandes desafios do SUS que é a regulação e a garantia do acesso aos serviços de saúde para a população.

Nessa ótica, pesquisar sobre o acesso aos serviços de saúde de média complexidade na 2ª Região de Saúde (RS) do Ceará é relevante na medida em que o acesso e sua regulação de forma equânime e eficaz ainda representa um grande desafio.

O desenvolvimento da pesquisa emana do pressuposto de que a regulação do acesso consiste em um conjunto de ações e estruturas capazes de operacionalizar a oferta e a demanda por serviços de saúde, consolidando-se nas centrais de regulação.

Assim, o estudo teve como objetivos analisar as estratégias da regulação do acesso aos serviços de média complexidade, na 2ª Região de Saúde (RS) do Ceará, e identificar as condições que possibilitam e limitam esta regulação.

## 2. PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo de caso com abordagem qualitativa. Utilizou-se três técnicas para a produção dos dados: a entrevista semiestruturada, a observação sistemática e a análise documental. A pesquisa ocorreu no período de abril de 2013 a julho de 2014, na 2ª RS do Ceará composta por dez municípios. O estudo contou com dezenove informantes dentre os quais: onze gestores – secretários municipais de saúde e coordenador – e oito membros da Câmara Técnica de Controle, Avaliação, Regulação e Auditoria.

Como critério de inclusão, constou ter experiência de no mínimo seis meses no exercício das referidas funções. Foram excluídos os sujeitos que faltaram a, pelo menos, três reuniões consecutivas da Comissão Intergestores Regional (CIR).

Foram analisadas as legislações e normas específicas orientadoras da organização das regiões de saúde e as atas das reuniões da CIR e da Câmara Técnica, dentro de um período de um ano anterior à realização da pesquisa. A observação sistemática ocorreu durante as reuniões da CIR e da citada Câmara Técnica, mensalmente.

Todo o material empírico foi sistematizado e analisado pela análise de conteúdo temática na perspectiva de Minayo (2009), seguindo as etapas a seguir: a) Ordenação dos dados: reunião de todos os dados obtidos no trabalho de campo e realização da transcrição das entrevistas gravadas; b) Classificação dos dados: nesta etapa, procedeu-se à leitura exaustiva e repetida do material obtido e se buscou o significado dos textos e a construção das categorias e subcategorias

do estudo; c) Análise propriamente dita, sendo estabelecida a fundamentação dos dados, ou seja, a articulação entre os dados e os estudos da literatura (MINAYO, 2009).

As falas dos sujeitos foram codificadas da seguinte forma: Gestores (Gestor, seguido de um número, a iniciar pelo algarismo 1, de acordo com a ordem cronológica das entrevistas) e técnicos da regulação (Técnico da regulação, seguido de um número, a iniciar pelo algarismo 1, de acordo com a ordem cronológica das entrevistas).

Foram cumpridos os preceitos éticos da pesquisa com seres humanos, sendo esta aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE), sob o protocolo nº 630.913/2014. A anuência dos participantes do estudo foi firmada mediante leitura, compreensão e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), antes da coleta dos dados.

### **3. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O estado do Ceará abrange 184 municípios distribuídos em 22 regiões de saúde e estas em cinco macrorregiões de saúde. A 2ª RS do Ceará, constituída por dez municípios, compõe a Macrorregião de Fortaleza e dispõe da CIR como instância de pactuação. Destaca-se o município de Caucaia, por ser a sede da 2ª RS, abrigar a 2ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRES) do Estado e ser o município polo da região. Além disto, dispõe de uma rede de assistência composta por quatro hospitais regionais, nove policlínicas regionais, treze Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e 32 Unidades de Pronto Atendimento (UPAs 24

horas) (CEARÁ, 2010). Conta, ainda, com dois hospitais no município polo a ofertar apenas serviços de média complexidade. Assim, a única alternativa em casos de atendimentos de alta complexidade é o encaminhamento para a capital, Fortaleza, gerando excesso de demanda para o serviço.

A análise do material empírico viabilizou a elaboração de três categorias temáticas: regulação do acesso na visão dos gestores e técnicos da regulação; estratégias de regulação do acesso; e regulação do acesso aos serviços de média complexidade: limites e possibilidades.

### 3.1. REGULAÇÃO DO ACESSO NA VISÃO DOS GESTORES E TÉCNICOS DA REGULAÇÃO

A regulação em saúde contempla amplitude de ações, tais como regulamentação, fiscalização, controle, auditoria e avaliação. No entanto, as imprecisões conceituais da regulação em saúde se fazem presentes tanto nos conteúdos normativos como nos manuais técnicos, segundo Oliveira e Elias (2011, p. 204) para os quais “os conceitos de regulação são de difícil precisão, pois são conceitos complexos”. Esta questão está presente, também, nas falas dos entrevistados. Quando indagados sobre o significado atribuído à regulação do acesso aos serviços de saúde, evidenciou-se a percepção de uma certa confusão nesta definição, principalmente por parte dos técnicos responsáveis pelo monitoramento e avaliação desse processo: “É tudo muito misturado, não dá pra você regular sem você fazer controle apesar de controle ser uma coisa à parte, mas também não dá pra você regular se você não fizer uma avaliação do que você tem [...]” (Técnico da regulação 6).



É importante ressaltar que os resultados almejados pela regulação do acesso seriam reparar tanto a má partilha de recursos humanos e de equipamentos como as iniquidades de acesso, unificar o desempenho dos prestadores com os objetivos dos sistemas de saúde e adequar o cuidado em todos os níveis do sistema (OLIVEIRA; ELIAS, 2011).

Então, à medida que se lia, exaustivamente, as falas dos sujeitos sobre regulação do acesso, percebia-se nelas um conjunto de significados com dimensões sociais, econômicas, gerenciais e políticas. Assim, optou-se por organizar cada bloco das falas dos sujeitos nestas dimensões.

No âmbito da dimensão social, os entrevistados, tanto gestores como técnicos, atribuíram significados à regulação do acesso aos serviços de média complexidade, destacando-se em sentido amplo: direito de acesso à totalidade dos serviços em todos os níveis, de forma integral, como pode ser evidenciado nos trechos a seguir:

[...] a regulação [...] é uma coisa bem mais ampla. [...] é você dar o direito a quem realmente tem o direito de acesso mesmo, a todos os serviços e em todas as suas complexidades (Técnico da regulação 6).

Regulação, ela traz a possibilidade de [...] vê o paciente como um todo [...]. Integrar esse paciente dentro dos serviços de saúde (Técnico da regulação 4).

No tocante ao significado de regulação do acesso na sua dimensão econômica, esta tem sido foco de alguns estudos (VILARINS; SHIMIZU; GUTIERREZ, 2012; OLIVEIRA; ELIAS, 2011). As falas apontam para elementos

que se complementam: organização da oferta e da demanda por serviços de saúde.

[...] é aproximar os serviços de saúde da população [...] descentralizando os serviços menos complexos e centralizando os serviços mais complexos por conta da questão do custo, da dificuldade de mão de obra [...]. É você ofertar os serviços, é [...] organizar essa oferta dos serviços (Técnico da regulação 1).

A regulação é você ter uma organização da sua demanda [...] (Gestor 5).

Os significados de regulação do acesso atribuídos por alguns sujeitos dentro da dimensão gerencial indicam processos que possibilitam tornar acessível, regulamentar, protocolar e direcionar os usuários para o atendimento das suas necessidades:

[...] tornar acessível tudo o que o SUS tem pra oferecer. [...] regulamentar, é protocolar os serviços do SUS [...] para a população em geral, todos os cidadãos (Gestor 7).

[...] é você colocar a necessidade daquele paciente no local que melhor atenda [...] (Técnico da regulação 2).

As falas revelaram, ainda, uma dimensão política da regulação do acesso aos serviços de saúde, destacando a igualdade: “[...] você tem que visualizar a regulação como um ambiente democrático de acesso aos serviços de saúde [...] que todos tenham direitos iguais na fila, na espera do seu exame, da sua cirurgia e do seu procedimento” (Gestor 11).

Aqui, para melhor se compreender, é importante ressaltar o termo ambiente democrático, pois a democracia em saúde pode significar o favorecimento da equidade no direito à saúde da população, mas sem esquecer o princípio da igualdade, isto no sentido de romper com as práticas do clientelismo e do favor que, historicamente, marcam os serviços de saúde, contribuindo para a desigualdade no acesso evidenciada nas longas filas de espera.

Para Lima e Oliveira (2012), a longa fila de espera por serviços de saúde está presente nos serviços de média e alta complexidade pela carência de oferta dos referidos serviços, com deficiência na atenção integral dentro da rede de saúde e dependência do setor privado.

### 3.2 ESTRATÉGIAS DE REGULAÇÃO DO ACESSO

A correlação existente entre as redes de atenção à saúde e o Pacto pela Saúde 2006 se realiza por meio da articulação entre políticas, diretrizes e estratégias, objetivando alcançar os resultados (SILVA; MAGALHÃES JUNIOR, 2013).

Dentre as inúmeras estratégias de regulação do acesso aos serviços de média complexidade, algumas das principais são focos do presente estudo e compreendem a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e a CIR, consideradas instâncias interfederativas de negociação e pactuação. No caso da 2ª RS, a CIR é o espaço no qual os gestores municipais desempenham importante papel. Na ótica de Teixeira e Ouverney (2007, p. 173), “a governança da rede se constrói precisamente nesses espaços, onde as decisões ganham le-

gitimidade sobre os objetivos maiores e sobre as estratégias para atingi-los”.

Na ótica dos entrevistados, a CIR permite definir prioridades e planos de ações e serviços de saúde da região, dando continuidade na CIB. Estas instâncias significam um espaço de pactuação e articulação de questões que possibilitam fortalecer tomadas de decisões em prol de soluções destinadas à melhoria de oferta, regulação do acesso e gestão: “A CIR [...] onde a gente deságua nossas angústias [...] questões da demanda, da falta de atendimento [...] debatido e [...] daí levar pra CIB [...] pro Estado pra ver se [...] encontra soluções” (Gestor 8).

Apesar da decisão final nos colegiados ser dos gestores, a participação dos membros da Câmara Técnica nestes colegiados é uma estratégia que fortalece a regulação do acesso à saúde, pois oferecem um suporte técnico para a tomada de decisões nas negociações intergovernamentais, de forma participativa. Os técnicos realizam estudos, análises de situações, elaboração de propostas, empenham-se na organização da oferta para efetivação da demanda dos usuários do SUS, conforme observado nas reuniões tanto da Câmara Técnica, quanto da CIR, como mostram os relatos:

[...] câmara técnica é [...] de técnicos [...] discute os problemas [...] para melhorá-los [...] a decisão política é dos secretários de saúde [...] mas sempre com o aval dos secretários [...] toda deliberação e [...] resultado da câmara técnica [...] tem que ser aprovados pela CIR, pelos secretários de saúde [...] (Técnico da regulação 1).

Outra estratégia é a Programação Pactuada Integrada (PPI). Segundo defendem Teixeira e Ouverney (2007, p. 118), “a existência de diferentes modalidades de gestão indica a presença de fortes assimetrias entre os municípios no tocante à capacidade de provisão de serviços [...]. Uma tentativa de resolver essa deficiência é o mecanismo chamado de [...] PPI”. Para a 2ª RS do Ceará, a PPI serve de base para a Programação Geral de Ações e Serviços (PGAS) cuja elaboração é atribuição da CIR sob a coordenação da SES e pactuação na CIB-CE.

Na RAS, a PGAS abrange as ações de assistência à saúde nos diversos níveis de atenção: atenção básica, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial e hospitalar, de promoção, de vigilância – sanitária, epidemiológica e ambiental – e de assistência farmacêutica. Estão incluídas nestas ações, realizar as metas da programação física e financeira de procedimentos médico-hospitalares de média e alta complexidade e nortear os fluxos de referência e contrarreferência dos usuários do SUS para os referidos níveis. Destaca-se, ainda, os compromissos do Estado e dos Municípios relacionados com a assistência à saúde da população, de forma regionalizada, hierarquizada e integrada, segundo o Pacto pela Saúde 2006 e o Plano Diretor de Regionalização (PDR) da Saúde do Estado (CEARÁ, 2013).

No entanto, para Mendes (2011), a consolidação das RAS necessita por inteiro do processo de pactuação e contratualização e não apenas de sua programação física e financeira e, ainda, acabar com a programação assistencial que tenha a lógica da oferta. A PPI da assistência, embora destinada aos Estados e Municípios, possui limites, no tocante

ao seu planejamento contemplar somente recursos federais de alta e média complexidade, inerente apenas à alocação macro. Logo, não consegue fazer articulação, ser transparente e suprir a grande demanda, diante das condições dos municípios, com espaços microrregionais com escassez de recursos. Assim, acarreta uma série de outros obstáculos, como exposto:

A PPI tá bem formulada. A pactuação em si tá bem feita. É fazer funcionar o que tá pactuado. Não é refazer. [...] aumentar a oferta de serviço [...] o Ceará tá crescendo muito e a procura tá ficando maior que a oferta, a população tá crescendo e o crescimento da quantidade de hospitais e da quantidade de profissionais [...] não tá acompanhando [...] os hospitais estão superlotados, [...] públicos ou particulares [...] não adianta reformular se os locais de atendimento não vão ter como suprir (Técnico da regulação 7).

Outra relevante estratégia de regulação do acesso dentro da região de saúde é o complexo regulador (BRASIL, 2011a; OLIVEIRA; ELIAS, 2011), uma estratégia operacional impulsionada pelo Pacto pela Saúde 2006, cuja função é regular a oferta e a demanda em saúde, organizando os fluxos de referência e contrarreferência. A instituição do complexo regulador, cuja estrutura realiza as ações da regulação do acesso aos procedimentos ambulatoriais, hospitalares e de urgência, abrange os âmbitos estadual, regional e municipal. O depoimento adiante segue essa direção: “Todo município tem uma central de regulação. Tem município

ainda na nossa região que não tem a central de regulação hospitalar, só tem a ambulatorial [...] é eletiva já a hospitalar ela é de emergência” (Gestor 1).

No Estado do Ceará, além das centrais de regulação que estão sendo implantadas em cada município, tem-se as centrais de regulação regionais e a central de regulação estadual formando o complexo regulador do acesso a consultas e exames especializados bem como a internação de urgência e emergência e Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Como estratégias de serviços de média e alta complexidade, os consórcios públicos de saúde visam garantir o acesso da população por meio de prestação de assistência de média e alta complexidade, projetos, programas, solicitação de medicamentos, utensílios e equipamentos hospitalares, coleta de lixo, conservação de equipamentos, exames laboratoriais, diagnóstico por imagem, educação permanente, etc. Os recursos financeiros dos consórcios provêm da União, Estados, Municípios, convênios, contratos, prestação de serviços, doações, transferências e aplicações financeiras. O município recebe o recurso da União ou do Estado, fundo a fundo e, posteriormente, conforme o contrato de rateio, realiza a autorização da transferência.

Diante disto, a responsabilidade do estado envolveu a estruturação de 16 CEOs, 11 policlínicas tipo I, nove policlínicas tipo II e o repasse do custeio destas unidades no valor de 40% (CEARÁ, 2009). Os consórcios são arranjos que apoiam a redução de gastos e a eficiência na prestação de serviços (MENDES, 2011). A gestão das policlínicas e dos CEOs regionais é realizada por meio desses consórcios cujo custeio envolve a participação do Estado, Municípios e

Ministério da Saúde (CEARÁ, 2010). Além disto, fortalecem a região de saúde, tornando-a independente, segundo entrevistados:

[...] estratégias [...] consórcios é uma coisa bacana [...] veio pra ajudar [...] os municípios tiveram [...] que se juntar [...] desembolsar [...] tem o desembolso financeiro do estado, da união [...] investimento [...] ninguém consegue fazer isso só. [...] fortalecer as regiões de saúde, [...] fazer uma região independente [...] dos grandes centros como Fortaleza (Técnico da regulação 6).

Segundo Silva (2013, p. 244), “na organização dos consórcios intermunicipais de saúde é indispensável [...] contratos de gestão [...] com pactuação de metas”. A policlínica representa a concentração de serviços de média complexidade, principalmente nos ambulatórios de especialidade, desafogando e reduzindo as filas de espera. Contudo, destaca-se que, mesmo com a melhoria na oferta, esta ainda é insuficiente para atender a demanda dos dez municípios, conforme relatos:

[...] policlínica regional [...] ofertam as consultas mais especializadas. [...] hoje está tendo uma melhora com as policlínicas [...] abertas desde 2013. [...] grande ganho [...] mas nos exames tá ficando a desejar porque [...] não tem o exame. [...] não tem a oferta [...] a procura é maior que a oferta (Técnico da regulação 4).



Outra medida para ampliar o atendimento à saúde, em caso de urgência e emergência da população, é a UPA. Para Magalhães *et al.* (2012, p. 30), “a UPA é a unidade complementar da rede e sua inserção na mesma deve se dar através da Atenção Básica, porta de entrada do sistema. Se descolada do mesmo, não é resolutiva e perde capacidade para atender as suas demandas”. Dentre os sujeitos entrevistados, apenas um técnico da regulação apontou ser a UPA uma estratégia que promoveu melhorias de saúde, enquanto os gestores constataram que, nas UPAs, há uma distância muito grande entre a estrutura e o funcionamento, sendo os problemas mais frequentes a falta de profissionais, excesso de demanda e escassez de oferta e ausência de sistematização dos serviços nos distintos níveis de atenção: “Já a UPA [...] não tá tendo o funcionamento que é pra ter de jeito nenhum, [...] tá faltando médico, não tá legal [...]” (Gestor 10).

### 3.3. REGULAÇÃO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE: LIMITES E POSSIBILIDADES

Para analisar a regulação do acesso aos serviços de média complexidade, é preciso compreender a organização dos serviços de saúde, as necessidades de saúde da população além de conceber a execução de ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde e mais, ainda, o acesso ao conjunto de ações de atenção ambulatorial e hospitalar, abrangendo todos os níveis de complexidade. A referida atenção na 2ª RS do Ceará foi bem definida, como mostra este relato:

Os serviços ambulatoriais eles compreendem as consultas especializadas e os exames e a demanda hospitalar são as cirurgias eletivas e as emergências [...]. Uma gestante que está num município pequeno que precisa vir pro serviço de maior complexidade [...] essa pessoa é regulada. Um caso de traumatologia que não tem resolutividade no município, ele é inserido dentro do sistema de regulação pra vir pra um serviço especializado (Gestor 1).

Inicialmente, o acesso à rede de média complexidade se dá por intermédio dos serviços de nível de atenção básica, reconhecidos como porta de entrada para o acesso à saúde, com garantia de atenção à saúde qualificada e resolubilidade dos problemas básicos e prioritários da população (SOLLA; CHIORO, 2008).

Enquanto a rede de serviços de atenção básica tem como característica a descentralização, com unidades de pequeno porte mais próximas do convívio da população, a atenção especializada oferta serviços de maneira hierarquizada e regionalizada, garantindo economia de escala. Deste modo, há acréscimo de produção dos serviços e estabilidade no custo desta produção. Para tal, é indispensável planejamento, regulação do sistema, qualificação profissional, boa governança, transparência, eficiência e organização em redes assistenciais (SOLLA; CHIORO, 2008; SILVA; MAGALHÃES JÚNIOR, 2013).

De forma ideal, a atenção básica, integrada pela Estratégia Saúde da Família, soluciona acima de 80% dos problemas de saúde. O nível secundário, integrado pelos

Centros de Especialidades e Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico, soluciona, aproximadamente, 15% dos problemas de saúde, e o nível terciário, integrado pela atenção hospitalar, soluciona 5% dos problemas de saúde (SOLLA; CHIORO, 2008). Então, o ideal seria que a maioria dos problemas básicos de saúde fosse resolvida na atenção básica e, para isto, é relevante uma política de fortalecimento deste nível de atenção. Os motivos de urgência para esta necessidade são explicitados pelo entrevistado, conforme relato:

Então se a gente não tiver realmente uma política de fortalecimento da atenção primária no sentido da atenção primária ser mais resolutiva, somar ao maior acesso e melhor financiamento, melhoramento da tabela SUS a gente não vai conseguir resolver esses problemas [...] cada vez mais nossa população aumenta [...] a necessidade e o acesso cada vez mais é cobrado pela população (Técnico da regulação 1).

No cotidiano, os entrevistados relataram a falta de resolubilidade da atenção básica, o que gera grande tensão na média complexidade. E, ainda, a grande dificuldade em integrar os serviços de saúde nos diferentes níveis. Segundo dados do Departamento da Atenção Básica (CEARÁ, 2014), dentre os dez municípios da 2ª RS do Ceará, nove possuem cobertura de 100% de Equipes de Saúde da Família (ESF), enquanto apenas o município polo possui 65,70% (BRASIL, 2014). Porém, o entrevistado a seguir enfatiza o baixo investimento na atenção básica, principalmente nas ações de promoção da saúde:

[...] a gente gasta mais com média complexidade, seria o ideal isso [...] talvez se a gente tivesse investindo mais na atenção básica, trabalhando mais a parte de promoção, não deixando o paciente chegar à média e alta complexidade, talvez fosse melhor (Técnicos da regulação 6).

Ainda no contexto da atenção especializada, ou média e alta complexidade, a linha de cuidados significa um “conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento de determinados riscos e agravos à saúde, que considera as condições específicas do ciclo de vida ou de outro critério técnico sanitário [...]” (SANTOS; ANDRADE, 2013, p. 42). Consoante estes autores, para que haja resolubilidade, é necessário que a oferta destes recursos ocorra de forma articulada e contínua, de acordo com o tempo adequado ao risco de saúde, promovendo a integralidade do cuidado.

Segundo se verifica, mesmo que os municípios estejam se esforçando para organizar a regulação assistencial de média complexidade e já tenham conseguido andar, embora a passos lentos, os sujeitos entrevistados percebem os entraves e o quanto falta para alcançar a promoção do acesso com equidade e integralidade. O estudo de Solla e Chioro (2008) constatou que a média complexidade representa um gargalo para o SUS, o que foi ressaltado pelos entrevistados. É a atenção básica quem detecta os maiores problemas que necessitam de solução urgente, contudo, os impasses relacionados à carência de recursos, de profissionais, leitos, exames e equipamentos revelam esse gargalo:

[...] é aí que é nosso gargalo, eu costumo dizer que a atenção básica ela não tá excelente [...] tá caminhando. [...] precisa melhorar em alguns pontos, mas a média complexidade é o que a gente tem [...] de problema [...]. Tem alguns serviços [...] consultas com os especialistas. [...] determinadas especialidades que parece que afunila ali o gargalo (Técnico da regulação 6).

[...] na parte da média complexidade [...] não tem leitos [...] o SUS ainda não está apto para receber a população que tem [...] a gente fica a mercê do critério de regulação. [...] tem que aguardar sair a vaga [...] é bastante angustiante [...] com muita dificuldade que sai [...] (Gestor 3).

Em relação ao primeiro obstáculo, que é a questão do financiamento, “o subfinanciamento público e os estímulos aos planos privados de saúde [...] apontam para a reprodução de um SUS pobre para os pobres e complementar para o setor privado [...]” (PAIM, 2012, p. 612). Este é considerado pelos sujeitos “o mais grave” e o “grande entrave dentro desse processo de regulação”:

[...] outro problema mais grave, a falta de recursos financeiros [...] grande entrave dentro desse processo de regulação (Gestor 9).

[...] demora do atendimento [...] recurso que [...] não tem pra conseguir a consulta [...] enviar o paciente. Não tem carro pra todo mundo e tudo gira em torno do recurso. [...] o principal problema ainda é recurso, é a falta dele, é a insuficiência dele (Técnico da regulação 5).

O segundo obstáculo central é a falta de planejamento, porquanto “o sistema de planejamento do SUS está ancorado na Programação Pactuada e Integrada (PPI)” (MENDES, 2011, p. 179). Neste sentido, falta priorizar as discussões realizadas nas comissões interfederativas a respeito da PPI e fomentar a tomada de decisões para a melhoria do seu funcionamento, principalmente em relação à transparência da capacidade instalada, que não permite revelar as ofertas disponíveis, tornando-se um dos grandes empecilhos para a concretização do acesso, conforme entrevistados:

[...] não tem o cumprimento total dessa PPI. (Técnico da regulação 2).

[...] PPI de Fortaleza, [...] que ela cumprisse mais [...] que ela fosse reavaliada [...] ver se Fortaleza tem condição de ofertar como capacidade instalada, o que [...] faz pra cada município, o que [...] tem pactuado. Tem que tá tudo casadinho e não estão. Ela tem pactuado muito mais do que ela tem condições de fazer [...] pra esses municípios. [...] precisa ver [...] ter essa segurança que o município de Fortaleza [...] oferece esses procedimentos pros municípios, conforme ele pactuou [...] isso não é feito [...]. É uma caixa preta [...] dinheiro vai, mas a gente não sabe qual a capacidade instalada [...] quantos por cento ele agenda pra cada município, quantos por cento daquilo que está pactuado ele tem condições de ofertar [...] (Técnico da regulação 1).

O terceiro obstáculo diz respeito à organização e gestão da região, principalmente do município polo, que não consegue dar conta da sua demanda nem dos outros municípios, conforme relatos:

[...] a regional de saúde de Caucaia ela tem uma dificuldade muito grande porque o município que é polo ele é deficiente. [...] não responde o que os dez municípios da nossa região almeja [...] um município polo funcionando com as cinco especialidades de urgência e emergência [...]. E na PPI tá tudo voltado pra Caucaia. [...] tem que regular tanto pra Caucaia quanto pra Fortaleza [...] vai sobrecarregar a capital [...] poderia resolver isso em Caucaia. [...] município sem organização [...] não tem projetos [...] não tem planejamento [...] deixa a desejar. [...] Caucaia é pobre desses serviços. Mas, levo pra Câmara Técnica minhas angústias pra que eles fiquem sabendo, como a gente tem muita demanda (Técnica da regulação 3).

Nesse âmbito, esses três obstáculos influenciam negativamente e desencadeiam outros, dentre os quais, “oferta insuficiente para a demanda”, “precarização do trabalho” e falta de serviços e de profissionais especializados, o que desfavorece o fluxo e o acesso da população, originando baixa resolutividade e o reforço destes obstáculos, como mostra o relato:

[...] a oferta é insuficiente pra demanda [...] aí vem a parte profissional [...] a precarização do trabalho [...] não tem plano de

cargo e carreira, os profissionais são contratados através de cooperativas, empresas terceirizadas [...] não tem um vínculo empregatício [...] trabalho estressante [...] (Gestor 9).

Esses obstáculos decorrem, muitas vezes, de competição e interesses conflitantes, alguns históricos no sistema de saúde, que também demarcam a central de regulação da 2ª RS. Além das suas inúmeras dificuldades, há a persistência de interesses conflitantes que torna o “processo emperrado”, “fura essa história da regulação” e, conseqüentemente, apoia o nepotismo, o clientelismo e o desrespeito à fila de espera que há meses e até anos perdura por atenção à saúde. Isto contribui para o aumento das desigualdades sociais, tão comum em expressões como o “velho jeitinho brasileiro” que não condizem com o princípio da equidade e com a resolutividade, de acordo com os relatos dos entrevistados:

[...] a central de regulação ela é [...] um processo muito emperrado [...] falta de leito [...] falta de serviços do usuário [...] lamentavelmente, a gente ainda encontra o velho jeitinho brasileiro de se conseguir consulta e especialista, com um amigo [...] que trabalha no serviço tal e aí acaba furando essa fila da central de regulação. [...] consegue uma tomografia mais rápida, uma consulta mais rápida [...] (Gestor 8).

[...] a dificuldade da central é a questão de não conseguir marcar [...] tem consultas que demora meses [...] mais de ano [...] a porcentagem que é repassada pros muni-



cípios na área da saúde é muito pouco [...] não é suficiente. [...] o nosso município já repassa mais que o mínimo obrigatório e não tem como sustentar. [...] se tivesse mais vontade [...] se tivesse a união das três esferas, eu acho que solucionaria o problema (Técnico da regulação 7).

Ao se referirem às possibilidades da regulação do acesso aos serviços de média complexidade, os entrevistados se manifestaram de forma resumida, associando-as às centrais de regulação como, também, a algumas atribuições da regulação do acesso, objetivando garantia do acesso com equidade, qualificação profissional, adequação e orientação dos fluxos da assistência, elaboração, disseminação e implantação de protocolos de regulação.

[...] dar acesso a quem mais precisa [...] ter todos esses relatórios de números de agendamentos, fica tudo arquivado, fica tudo registrado (Técnico da regulação 1).

[...] atendimento disponibilizado na data e horário [...] e o paciente vai saber antes do dia logo onde é o seu atendimento, quem é o profissional, qual é o horário. [...] o que garante o atendimento do paciente ao serviço de saúde é o boletozinho de marcação pela central de regulação. [...] a certeza [...] de que ele não vai dar uma volta errada [...] (Técnico da regulação 2).

Hoje ele não vem mais pra capital, hoje ele pode regular sua consulta lá. O município tendo uma regulação especializada com

profissionais de nível superior [...] o médico e o enfermeiro, que tem conhecimento, junto com especialistas em gestão e auditoria [...] o paciente tá dentro de casa marcando sua consulta, pela internet e tendo as respostas daquilo que é ofertado (Técnico da regulação 3).

Se, por um lado, é perceptível o avanço dessas possibilidades da regulação do acesso conquistado laboriosamente, por outro, a persistência dos limites condizentes com a prevalência do modelo hegemônico induz ao aumento da demanda por serviços de média complexidade e à redução do acesso por esses serviços.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A regulação do acesso aos serviços de média complexidade, que representa um potencial instrumento de gestão pública do SUS, pressupõe integralidade e abertura para múltiplas possibilidades, o que requer profissionais especializados e recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico.

Na 2ª RS do Ceará, continua incoerente a proposta de que, graças à regulação do acesso, conseguir-se-ia a disponibilização da alternativa assistencial mais adequada às necessidades da população. Pode-se constatar que a regulação do acesso aos serviços de média complexidade nesta região avançou no sentido da regulação das consultas e procedimentos especializados e na operacionalização de suas ações, mas não tem oferta suficiente.

Identificou-se que os municípios da 2ª RS não conseguem organizar uma atenção básica resolutiva com encaminhamentos adequados e adaptados ao nível de média complexidade, de acordo com os fluxos estabelecidos na PPI. Também, eles não cuidaram o suficiente de cumprir com os critérios mínimos de cobertura exigidos pela atenção básica e pela média complexidade. Assim, a falta de resolubilidade por parte da atenção básica, contribui para a sobrecarga dos serviços de média complexidade, reduzindo o acesso equânime.

Ficou evidente que, apesar das estratégias contribuir para a sustentabilidade da regulação do acesso, os gestores precisam se empenhar de forma transparente por mais financiamento, investimentos, recursos, melhoria do gerenciamento, aumento da oferta de serviços, tendo em vista o acesso integral e equânime e garantia da assistência resolutiva e eficiente.

## 5. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: **Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/2002** e Portaria MS/GM nº 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. Brasília, 2002.

BRASIL. **Portaria n. 399**, de 30 de março de 2006. Pacto pela Saúde: em defesa da vida, de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e em defesa do SUS. Brasília, 31 mar. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 1.559**, de 1 de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do

Sistema Único de Saúde. Brasília: Diário Oficial da União, Brasília, 4 ago. 2008.

BRASIL. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Departamento da Atenção Básica – DAB. **Histórico de Cobertura da Saúde da Família, dezembro 2014**. Disponível em: <dab.saude.gov.br/portaldab/histórico\_cobertura\_sf.php>. Acesso em: 22 abr. 2015.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará – SESA. **Coordenadorias Regionais de Saúde**, 4 maio 2010. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/regionalização>>. Acesso em: 20 abr. 2014.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará – SESA. **Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde 02/CE – COAP 2012-2013**. Ministério da Saúde, Ceará, Caucaia, 2013.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará – SESA. **Consórcios Públicos em Saúde no Ceará**: estratégia para o fortalecimento da regionalização da saúde. Manual de orientação; SESA, 2009. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/consorcios>>. Acesso em: 20 abr. 2014.

LIMA, D.C. M.; OLIVEIRA, L. C. Acesso aos serviços de saúde: espera, sofrimento e incerteza. In: OLIVEIRA, L. C.; ÁVILA, M. M. M.; MAIA, L. F. R. B. **Organização dos serviços de saúde no Ceará**: desafios da universalidade do acesso e da integralidade da atenção. Fortaleza: EdUECE, 2012.

MAGALHÃES, M. G. *et al.* Estratégias tecnoassistenciais do SUS – Volta Redonda: construindo territórios e a atenção em saúde. In: PINTO, S.; FRANCO, T. B.; MAGALHÃES, M. G.; MENDONÇA, P. E. X.; GUIDORENI, A. S.; CRUZ, K. T.; MERHY, E. E. **Tecendo redes. Os planos da educação, cuidado e gestão na construção do SUS**: a experiência de Volta Redonda (RJ). São Paulo: Hucitec, 2012.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDONÇA, C. S.; REIS, A. T.; MORAES, J. C. **A política de regulação do Brasil**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. 116 p. (Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde).

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

OLIVEIRA, R. R.; ELIAS, P. E. M. Regulação em Saúde. In: IBÁÑEZ, N.; ELIAS, P. E. M.; SEIXAS, P. H. D'A. **Política e Gestão Pública em Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2011.

PAIM, J. S. O futuro do SUS. Editorial. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 612-613, abr. 2012.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. Rede interfederativa de saúde. In: CARVALHO, G.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M.; MEDEIROS, J.; SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M.; BRÊTAS JÚNIOR, N.; SILVA, S. F. **Redes de atenção à saúde: desafios da regionalização no SUS**. 2. ed. Campinas, SP: Saberes, 2013.

SILVA, S. F. Redes de atenção à saúde no SUS: proposta da operacionalização. In: CARVALHO, G.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M.; MEDEIROS, J.; SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M.; BRÊTAS JÚNIOR, N.; SILVA, S. F. **Redes de atenção à saúde: desafios da regionalização no SUS**. 2. ed. Campinas, SP: Saberes, 2013.

SILVA, S. F.; MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Redes de atenção à saúde: importância e conceitos. In: CARVALHO, G.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M.; MEDEIROS, J.; SOUTO JÚNIOR, J. V.; SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M.; BRÊTAS JÚNIOR, N.; SILVA, S. F. **Redes de atenção à saúde: desafios da regionalização no SUS**. 2. ed. Campinas, SP: Saberes, 2013.

SOLLA, J.; CHIORO, A. Atenção ambulatorial especializada. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

TEIXEIRA, S. M. F.; OUVENERY, A. M. **Gestão de redes**: a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

VILARINS, G. C. M.; SHIMIZU, H. E.; GUTIERREZ, M. M. U. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 640-647, out./dez. 2012.

## CAPÍTULO 8

### POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO COTIDIANO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS

*Sarah Vieira Figueiredo  
Aline Mayra Lopes Silva  
Ana Carla Carvalho de Sousa  
Francisco Trindade Silva  
Ilvana Lima Verde Gomes*

#### 1. INTRODUÇÃO

Dentre as crianças e os adolescentes com necessidades especiais de saúde, destaca-se os que possuem mielomeningocele, que é o defeito da formação do tubo neural mais incidente e que gera as sequelas mais graves, caracterizando-se pela protrusão da medula espinhal e meninges por meio de arcos vertebrais abertos, promovendo comprometimentos em nível neurológico com diversas repercussões clínicas (FARIA *et al.*, 2013).

A segunda edição do Atlas Mundial de Defeitos Congênitos, elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), apresentou dados variáveis de defeitos do tubo neural para diversos países, no período de 1993 a 1998. No Brasil, as estatísticas foram coletadas em 11 maternidades, por meio do Estudo Latino-Americano Colaborativo de Malformações Congênitas (ECLAMC). Entre os resultados, a

OMS revelou que as menores prevalências de espinha bífida por mil habitantes ocorreram na França/Paris (0,077) e Inglaterra/País de Gales (0,095) e as maiores no Brasil (1,139), Bulgária (1,152), Venezuela (1,196) e México (1,525). De acordo com esse estudo, o Brasil se encontra na quarta posição na prevalência de espinha bífida entre os países pesquisados (WHO, 2003).

A etiologia da mielomeningocele ainda é desconhecida, porém, pesquisas têm sugerido que a causa seja multifatorial, relacionada a aspectos genéticos e ambientais como: diabetes, obesidade materna, deficiência de zinco, ingestão de álcool durante o primeiro trimestre gestacional, fatores socioeconômicos, consumo de alimentos contaminados com inseticidas, uso de anticonvulsivantes e agentes anestésicos, dentre outros (BRONZERI *et al.*, 2011).

As crianças e os adolescentes que possuem esse problema congênito podem apresentar diferentes incapacidades crônicas graves, como alterações motoras e sensitivas, de acordo com o nível da lesão (torácico, lombar e sacral) e do comprometimento neurológico. Normalmente, as principais complicações englobam a dificuldade em deambular e se manter em uma posição ortostática e a ausência de controle esfínteriano vesical e intestinal. Assim, a terapêutica para estas pessoas envolve, após o procedimento cirúrgico de reparação da lesão, um acompanhamento e suporte clínico contínuo (BRANDÃO; FUJISAWA; CARDOSO, 2009).

A fisioterapia e demais serviços de reabilitação, como a terapia ocupacional, são fundamentais, devido às complicações da doença e às conseqüentes repercussões na vida dessas pessoas e de suas famílias. Para tanto, precisa-se de



uma avaliação individualizada e multiprofissional, para que seja construído um plano terapêutico específico e mais eficaz, que traga melhorias para o cotidiano destes indivíduos (BRANDÃO; FUJISAWA; CARDOSO, 2009).

Nesse âmbito, a mielomeningocele é considerada uma doença crônica e um relevante problema de saúde pública, por repercutir na vida do indivíduo que a possui bem como na de sua família e da sociedade em geral, além de implicar em uma adesão terapêutica de reabilitação complexa, impondo a necessidade de adaptações, cuidados contínuos pelos familiares e de serviços de saúde que ofereçam suporte prolongado e de qualidade (GAIVA; NEVES; SIQUEIRA, 2009).

Para que essas famílias consigam fornecer toda a assistência necessária para essas crianças e esses adolescentes, torna-se essencial o acesso a materiais para o cuidado diário, como os utilizados na técnica terapêutica de Sondagem Vesical de Alívio (SVA), para aqueles que possuem incontinência urinária e lhes foi recomendada, equipamentos de tecnologia assistida que contribuam para a realização de suas atividades de vida diária, um suporte medicamentoso e serviços de saúde acessíveis que contribuam para a melhoria e estabilidade clínica destes usuários.

O suporte domiciliar envolve a capacitação e o apoio familiar pelos profissionais de saúde para o desenvolvimento de uma assistência satisfatória à criança e ao adolescente, bem como à família, e a provisão com os materiais e equipamentos necessários, que demandam altos custos tanto para a família, como para o Estado. Dentre os materiais necessários, estão os de tecnologia assistida (órteses, tutor, botas, palmilhas, cadeira de rodas, bengalas) e de uso diário (son-

das, fraldas, medicamentos, entre outros) (GAIVA; CORRÊA; SANTO, 2011).

Além das dificuldades clínicas e financeiras existentes no cotidiano do cuidado a essas pessoas, a família também precisa gerir os problemas advindos da baixa eficiência do sistema público de saúde, no contexto das doenças crônicas, tais como: dificuldades no acesso a um tratamento especializado, para a realização de exames de monitoramento da função renal e para o atendimento nos serviços de reabilitação (GAIVA; NEVES; SIQUEIRA, 2009).

Da mesma forma, ressalta-se que, para uma atenção integral a essa criança e esse adolescente, esta deva ser assegurada na rede de serviços públicos de saúde, em todos os níveis de atenção, para que também seja garantido o recebimento de um tratamento adequado às suas queixas de saúde com baixo grau de complexidade, nos serviços primários e secundários próximos a sua residência.

Sobre esse aspecto, Cipriano e Queiroz (2008) declaram que as condições de acessibilidade se estendem desde o transporte para o serviço de saúde até o bloqueio na comunicação com os profissionais e que as dificuldades no acesso vão aumentando à proporção que as crianças com mielomeningocele vão crescendo, principalmente devido às limitações motoras, alterações corporais e ao aumento do peso.

Enfatiza-se, ainda, que a doença e a prática cuidadora ultrapassam a esfera individual da pessoa cronicamente adoecida, atingindo todos os membros de sua família, especialmente o cuidador principal. Deste modo, é comum a apreciação de expressões de mães que se sentem sobrecarregadas ante tantas responsabilidades e funções, fundamenta-

das na criança e no adolescente com necessidades especiais de saúde (OKIDO *et al.*, 2012).

Assim, faz-se preciso a efetivação de políticas públicas de saúde que contribuam com essa parcela da população, fornecendo-lhes condições mínimas para que alcancem melhor qualidade de vida e possibilidade de inclusão social. No Brasil, ainda não existem políticas específicas para crianças e adolescentes com malformações neurais, entretanto, estes podem ser beneficiados por alguns direitos em saúde para as pessoas com deficiências, em virtude das sequelas apresentadas por estas patologias.

O conceito de deficiência é definido como: “toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal”, sendo consideradas pessoas com deficiência aquele que apresenta uma ou mais das seguintes alterações: deficiência física, auditiva, visual ou mental (BRASIL, 1999).

Essas políticas públicas de saúde, através de decretos, leis, resoluções e portarias, garantem às crianças e adolescentes com doenças crônicas, benefícios essenciais, com destaque para o direito a um atendimento prioritário em saúde, tratamento especializado qualificado às suas demandas, recebimento de materiais e medicamentos essenciais para o tratamento domiciliar, recebimento de dispositivos de tecnologia assistida, como órteses e materiais que auxiliem na deambulação e realização de atividades de vida diária, e acesso a um auxílio financeiro mensal (BRASIL, 1993; BRASIL, 1999a; BRASIL, 1999b; BRASIL, 2004; BRASIL 2007).

A literatura acerca dos aspectos fisiopatológicos das alterações congênitas é ampla, entretanto, há a necessidade de maior discussão acerca de outros aspectos inerentes às malformações do tubo neural assim como das falhas e dificuldades para o real funcionamento destas políticas de saúde. Acerca da temática em estudo, encontrou-se apenas uma pesquisa, desenvolvida no Rio de Janeiro, que aborda a acessibilidade a apenas três benefícios legais dos portadores de deficiência física com mielomeningocele: direito ao recebimento de um auxílio financeiro, passe-livre intermunicipal do Rio de Janeiro e matrícula em escola próxima à residência (ELIAS; MONTEIRO; CHAVES, 2008).

Nesse sentido, salienta-se que grandes têm sido os avanços nas pesquisas com o corpo humano, havendo consideráveis aprofundamentos acerca dos tratamentos e conhecimentos fisiopatológicos, o que tem levado à centralização dos interesses em saúde a aspectos orgânicos dos seres humanos, tornando-se secundária a visão dos usuários como seres psicossociais bem como suas experiências particulares e subjetivas de adoecimento, apesar das frequentes e atuais discussões teóricas acerca da humanização do cuidado (SILVA *et al.*, 2012).

Figueiredo *et al.* (2014), após realizarem uma revisão integrativa da literatura, declararam que efetivamente são incipientes os estudos sobre questões além da clínica da mielomeningocele, tornando-se essencial o desenvolvimento e a ampliação de novas pesquisas em prol dessa parcela da população que, muitas vezes, se encontra esquecida pelas políticas públicas de saúde e pela sociedade em geral.

Assim, visando aprofundar a temática e gerar subsídios para novas discussões, esta pesquisa objetivou analisar, através da experiência de familiares, os principais direitos existentes nas Políticas Públicas de Saúde do Brasil que têm sido implementados na atenção às crianças e aos adolescentes com mielomeningocele.

## 2. PERCURSO METODOLÓGICO

Este trabalho apresenta uma pesquisa descritiva e exploratória, do tipo qualitativa, por buscar compreender uma determinada situação na perspectiva dos indivíduos que a vivenciam. Para ter início, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (Parecer n° 401.189) de um hospital público terciário de Fortaleza, onde foi desenvolvido o estudo. Este hospital é referência no cuidado à criança e ao adolescente no estado do Ceará, incluindo os usuários menores de 18 anos com mielomeningocele, que desenvolvem o seu acompanhamento no Ambulatório de Especialidades.

Assim, o cenário do estudo foi esse ambulatório, em virtude da grande demanda de usuários com mielomeningocele assistidos neste serviço de referência, em algumas especialidades específicas como nefrologia, neuropediatria, neurocirurgia, urologia e pediatria.

Participaram do estudo 15 familiares dessas crianças e desses adolescentes, sendo utilizados como critérios de inclusão: ser o familiar responsável pela criança ou pelo adolescente, de maneira a compartilhar informações com um maior teor de detalhes acerca dos objetivos desta pesquisa; estar presente durante o acompanhamento e tratamento no Ambulatório de Especialidades do referido hospital; e apre-

sentar disponibilidade de tempo para participar da pesquisa. Os critérios de exclusão foram: os familiares apresentarem algum déficit mental que prejudicasse a sua participação nas entrevistas e terem pouco conhecimento acerca do cotidiano da criança ou do adolescente.

Visando atingir o objetivo traçado, realizou-se as entrevistas em profundidade com os familiares, no período de setembro de 2013 a fevereiro de 2014, através de um roteiro com dois itens, sendo um de caracterização dos participantes e outro composto por perguntas norteadoras com enfoque nos direitos em saúde existentes na Legislação brasileira que têm sido vivenciados na prática destas pessoas, havendo a delimitação do término da coleta dos dados com base no grau de aprofundamento das informações fornecidas. Todas as entrevistas foram gravadas em gravador digital e transcritas somente pelas pesquisadoras.

As informações empíricas produzidas foram transcritas na íntegra e ordenadas em arquivos individuais. Para a análise das informações, seguiu-se as etapas recomendadas pela Análise Categrorial Temática de Bardin (2011), que se constituem através de estratégias de desmembramento de um texto em unidades e categorias por meio de reagrupamentos analógicos. Salienta-se que, dentre as diferentes formas de categorização, a investigação desenvolvida através de temas é considerada eficaz e rápida na perspectiva de se aplicar discursos simples e diretos. Ao final, foi delimitada a categoria temática: políticas públicas de saúde no cotidiano de crianças e adolescentes com necessidades especiais e as seguintes subcategorias: Direito a atendimento prioritário em Saúde e ao acesso ao Serviço de Referência; Direito de

receber materiais para os cuidados domiciliares e medicamentos; Direito a Equipamentos de Tecnologia Assistida; e Direito a um benefício financeiro.

Todas as normas da Resolução n° 466/2012 foram respeitadas e algumas precauções foram seguidas, no intuito de proteger a identidade dos participantes, profissionais citados nas falas, instituições de saúde e municípios de procedência dos entrevistados. Assim, identificamos os entrevistados por nomes fictícios e substituímos os nomes de pessoas, serviços e localidades citados nas falas por letras, omitindo seus verdadeiros nomes, como preceitua a ética em pesquisa.

### **3. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Dentre os principais direitos em saúde existentes na legislação brasileira, os familiares relataram aqueles que vivenciaram no seu cotidiano, expressando suas dificuldades e a experiência de sua busca. Iniciaremos os resultados com o perfil dos participantes.

#### **3.1. PERFIL DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO E DOS FILHOS COM MIELOMENINGOCELE**

Dos 15 participantes, 14 eram mães e apenas um era pai, havendo um predomínio de participantes com idade entre 30 e 40 anos (10). Em relação ao grau de escolaridade, mais da metade havia cursado apenas o Ensino Fundamental Completo ou Incompleto (8). Quanto ao estado civil, a maioria era casada ou vivia em união estável (11). Houve um predomínio de pessoas que não exerciam atividades laborais formais, realizando apenas serviços de cuidados do lar, em

virtude da necessidade de desempenhar cuidados contínuos ao filho com necessidade especial de saúde.

No que concerne à procedência, apenas dois residiam na capital do Ceará, Fortaleza; a maioria no interior do estado (7); e na Região Metropolitana (6), que é constituída por municípios próximos à capital. A renda média das famílias foi de um a dois salários mínimos alcançada a partir do recebimento do Benefício de Prestação Continuada (BPC), no valor de um salário mínimo mensal.

No que diz respeito às crianças e aos adolescentes, a idade variou de três meses até 13 anos e, destes, nove estavam dentro da faixa obrigatória para a matrícula no ensino educacional, sendo que apenas seis frequentavam a escola. Em relação às complicações do seu adoecimento, observou-se grande prevalência de crianças e adolescentes com incontinência urinária e/ou fecal e com sequelas relacionadas à locomoção. Quatro ainda não haviam sido diagnosticadas quanto às alterações, devido à faixa etária, oito não deambulavam e três possuíam uma marcha não funcional, ou seja, locomoviam-se com dificuldade, necessitando da cadeira de rodas ou de outros suportes para satisfazer as suas necessidades.

### 3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO COTIDIANO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS

A partir das informações fornecidas pelos familiares, organizou-se as seguintes subcategorias, que representam os principais direitos em saúde necessários para as crianças e os adolescentes com necessidades especiais de saúde.



### 3.2.1 DIREITO A ATENDIMENTO PRIORITÁRIO EM SAÚDE E AO ACESSO AO SERVIÇO DE REFERÊNCIA

O atendimento prioritário é um direito das pessoas que possuem deficiências ou mobilidade física reduzida, dos idosos, lactentes, gestantes e pessoas com criança de colo, de acordo com o Decreto n° 5.296/2004, o que envolve tratamento diferenciado e imediato.

Houve divergências nos relatos dos participantes acerca da prioridade no atendimento recebido nos serviços de saúde, pois, enquanto alguns falaram acerca da satisfação quanto ao tratamento ofertado com rapidez aos seus filhos, outros revelaram o desejo de que a criança e o adolescente pudessem ter, nos seus municípios de origem e em instituições de acompanhamento em saúde, um atendimento prioritário.

É muito bom lá [Unidade Básica de Saúde]. Assim que sai a ficha dele, eles dizem logo: “Esse daqui é deficiente” aí deixam logo ele entrar, ele entra logo (Rebeca); Aonde ele chega ele tem prioridade (Sandra).

É meio complicado, lá ninguém vê a prioridade não, e agora tá ficando mais difícil, chega lá pra fazer exame tem que pegar uma fila enorme. Não tem prioridade lá, nem idoso, nem criança. Mas uma vez eu falei ali no ambulatório com a atendente. Aí ela disse: “Não minha filha, não tem prioridade não, porque todo mundo é igual, é criança”, e realmente a gente tem que entender que tudo é criança (Samara).

Observou-se haver entre os entrevistados um conhecimento impreciso acerca desse direito, por acreditarem ser para todas as crianças, ao invés de específico para as que apresentam deficiências. Ademais, o atendimento prioritário envolve outras questões não relatadas pelos participantes quanto às suas experiências cotidianas, que dizem respeito à presença de assentos preferenciais sinalizados, mobiliário e atendimento na recepção adaptados a usuários de cadeira de rodas, área para embarque e desembarque de pessoas com deficiência, sinalizações para a orientação ambiental destas pessoas e divulgação visível sobre o atendimento prioritário (BRASIL, 2004).

Segundo uma das falas, notou-se que a atendente de um serviço de saúde de referência pediátrica agiu de forma contrária ao preconizado por lei, além de ter fornecido uma informação inadequada para a mãe, ao afirmar que, por ser um atendimento infantil, não seria válido o direito da criança e do adolescente com deficiência de terem prioridade, questões estas inexistentes nas políticas de saúde, o que revelou a escassez de capacitação dos profissionais e trabalhadores da saúde em relação a estas políticas, de forma a contribuírem para a sua real efetivação.

Em relação ao acesso aos serviços de saúde, percebeu-se que o usuário com mielomeningocele depende, frequentemente e de forma contínua, do serviço público de saúde e de cuidados especiais. Neste sentido, de acordo com a Política Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência desenvolvida em 1999, a administração pública federal deveria favorecer a garantia do acesso ao atendimento público e privado de saúde, a um tratamento adequado e

a atendimento domiciliar e a criação de programas de saúde peculiares para esta parcela da população.

Nessa perspectiva, quanto ao acesso das famílias ao serviço de referência pediátrica do Ceará, no que diz respeito aos deslocamentos, para aquelas que residiam na capital do estado onde a instituição está localizada, o transporte público municipal foi o mais utilizado, sendo, em poucos casos, usados transportes particulares como táxis ou de familiares/vizinhos, quando em período de chuva, ou devido à lotação do transporte público coletivo e ausência/inadequação de adaptações estruturais para pessoas com déficit de mobilidade.

Em relação à gratuidade desse transporte, observou-se que apenas um dos participantes apresentava o Passe Livre disponibilizado pela Prefeitura de Fortaleza às pessoas com deficiências e seus acompanhantes e que houve grande desconhecimento acerca da existência deste direito, devido à escassez de orientação por parte da equipe de saúde: “Recebo um cartãozinho, o Passe Livre. Se eu tiver com ele eu não pago nada” (Sandra).

Como grande parte dos participantes sobrevive com um a dois salários mínimos mensais (10), a ausência do Passe Livre e os obstáculos no acesso ao transporte público coletivo têm se tornado barreiras para o deslocamento destas pessoas, consoante estudo desenvolvido por Amaral *et al.* (2012), em que os autores evidenciaram a necessidade de aperfeiçoamento ambiental e de transporte, visando favorecer a locomoção das pessoas com deficiência física e mobilidade reduzida, de maneira a contribuir para a realização de suas atividades cotidianas de vida da mesma forma como o restante da população consegue desenvolver.

Para aqueles que residem em outros municípios, a maioria (9) conseguia se deslocar para o hospital por meio de transporte ofertado por essas regiões, como ônibus e outros veículos, que levam para os serviços de saúde de maior complexidade a população que necessita de um atendimento mais especializado, ou para pessoas com necessidades especiais de saúde que são acompanhadas nos grandes centros urbanos. Em outras situações, alguns municípios forneciam o valor da passagem para a condução da criança/do adolescente e do familiar acompanhante. “Vem no ônibus (Samará)”; “Para vim para Fortaleza eu venho de ônibus. Eles dão a passagem, a minha e a do pai” (Safira).

Até alcançarem do município esse transporte, algumas famílias passaram por dificuldades, buscando-o, em secretarias e demais departamentos do governo, até conseguirem o direito de levar essas crianças e esses adolescentes até um serviço de saúde de qualidade. Em alguns casos, apesar do transporte estar sendo ofertado, não existia estabilidade quanto à sua disponibilidade, assim, a família não tinha uma garantia de que iria conseguir estar presente em todas as consultas, tendo, de tal modo, que buscar alternativas para o transporte, aumentando as despesas cotidianas.

Apesar de terem sido a minoria no estudo (3), encontrou-se famílias que não conseguiram, de maneira nenhuma, a garantia de um transporte ou o recebimento de passagem para o acompanhamento da criança e do adolescente no hospital pediátrico, o que se tornou uma barreira para o acesso até o serviço público de saúde de referência, embora exista uma portaria do Ministério da Saúde que dispõe acerca da garantia de um Tratamento Fora do Domicílio

(TFD), nas situações em que estejam esgotadas as formas de tratamento de saúde na localidade em que o paciente reside (BRASIL, 1999a). Deste modo, os achados desta pesquisa revelaram falhas na efetivação deste direito, já que existiram famílias que não estavam recebendo nenhum tipo de suporte municipal ou estadual para os deslocamentos ao serviço essencial de acompanhamento da criança e do adolescente.

Esses resultados se assemelham aos de outros estudos nos quais também foi observado que a ida da população até os serviços de saúde de referência era difícil, por muitos fazerem parte das camadas mais pobres da sociedade e residirem distantes destas instituições nos municípios maiores, o que trazia obstáculos ao acesso a um tratamento adequado. Dentre as dificuldades, alguns autores também destacaram a impossibilidade das famílias de custear o transporte para o usuário e os acompanhantes e a necessidade de os municípios terem que disponibilizá-los (ELIAS; MONTEIRO; CHAVES, 2008; AGUILERA *et al.*, 2013).

A ausência de transporte gratuito contribuiu diretamente para que as crianças e os adolescentes não tivessem uma continuidade do seu atendimento, prejudicando sua assistência em saúde, tão primordial ante a diversidade de sequelas e complicações associadas à malformação do tubo neural. A família, portanto, acaba tendo mais um gasto, com gasolina, transporte rodoviário, além de tantos outros já realizados no cuidado cotidiano a estas pessoas, utilizando uma renda mínima alcançada graças ao BPC, primordialmente.

### 3.2.2 DIREITO DE RECEBER MATERIAIS PARA OS CUIDADOS DOMICILIARES E MEDICAMENTOS

Outro importante aspecto exposto pelos familiares foi em relação à busca pelo recebimento de materiais para o cuidado diário das crianças e dos adolescentes, essenciais no seu tratamento, tais como sondas, gazes, soro fisiológico, anestésicos tópicos, luvas, entre outros utilizados para a SVA domiciliar terapêutica.

Assim, no começo eu não recebia [material SVA], eu comprava, porque a sonda não tinha no meu interior, mas agora já tá tendo e eu recebo [...] eu recebo na Secretaria de Saúde (Penha);

Recebe, a Secretaria de Saúde fornece, só que tem tempo que não recebe, passa dois, três meses sem receber e quando ele recebe ainda falta algumas coisas, sempre falta alguma coisa (Ezequias).

Foram destacadas, em algumas situações, dificuldades para a correta provisão desses materiais pelos municípios, através das secretarias ou instituições de saúde, em uma frequência adequada e na quantidade necessária para a realização dos procedimentos. Ademais, até conseguirem se apropriar deste direito, muitas famílias precisaram custear sua compra por alguns anos, devido a questões políticas, como mudanças de governo, ou por precariedade da assistência em saúde no interior do estado, com escassez de recursos materiais.

Esses entraves no recebimento apropriado dos materiais pode repercutir no tratamento dessas crianças e desses adolescentes, gerando prejuízos, com conseqüente piora no seu quadro clínico e necessidade de atendimento em saúde, levando até a uma possível internação hospitalar, o que gera riscos para essas pessoas, sofrimento para os familiares e altos custos para o governo que poderiam ser prevenidos através da oferta eficaz desses insumos.

Nessa perspectiva, salienta-se que uma das crianças desta pesquisa, até o momento de realização das entrevistas, ainda não havia recebido esses materiais no município no qual reside, conforme se observa no desabafo inconformado da mãe:

Ela fez um tratamento no HR, aí vai fazer o cate [SVA], mas eu tô tendo dificuldade lá no interior, porque tem que conseguir essas coisas pelo governo e já faz mais de um mês que eu dei entrada nessas coisas e ainda não recebi, aí tá parado o tratamento dela, já passaram isso pra não ter mais complicação com a saúde dela, porque já tá um pouco complicado [...]. É meio cruel, muito cruel, tudo é difícil, nada que a gente vai atrás a gente consegue, a gente anda, anda e não encontra de nada, eu já cheguei até falar com eles lá, procurar o fórum, vou falar com o promotor pra vê se eles agem. Porque dois meses, três meses, já é muito tempo pra pessoa ter tratamento urgente (Lidia).

Segundo se percebeu pela fala, muitos têm sido os entraves para que esta família consiga se apropriar do direito da criança de receber os materiais necessários ao seu tratamento,

tendo buscado em vários setores do seu município, com autoridades e secretarias, porém, sem êxito, após aproximadamente três meses de longas buscas. Esta criança, portanto, tem tido o seu tratamento comprometido em virtude da ausência de material adequado para a SVA, apesar de ser um procedimento de grande importância para a sua estabilidade clínica.

É importante destacar que, na legislação brasileira, não existem normativas específicas para a concessão do material para a SVA, o que existe, de fato, é superficial, como se percebe no Decreto n° 3.298/1999, que declara que, na assistência integral às pessoas com deficiências no seu processo de reabilitação estão incluídas a concessão, entre outros, de materiais auxiliares ao seu cuidado que visam proporcionar-lhes maior independência e inclusão (BRASIL, 1999b).

Desse modo, devido à Legislação ser pouco clara e específica, para conseguir o recebimento dos materiais para SVA, muitas famílias buscam a justiça, através de fóruns e defensorias públicas, na tentativa de conseguirem dar continuidade ao tratamento de seus filhos, alcançando êxito, na maioria das vezes, apesar de ser este um procedimento vagaroso.

A judicialização da saúde é um processo que tem sido discutido por algumas pesquisas atuais e está relacionada a uma ampla questão de busca e reivindicação por bens e direitos nas cortes, no que diz respeito a materiais, atendimento em saúde, hospitalização, medicamentos, entre outros, respaldados pelo direito à saúde constitucional (DINIZ; MACHADO; PENALVA, 2014), aspecto este que foi encontrado neste estudo por meio dos relatos dos familiares que, após orientação, recorriam a todas as entidades governamentais e jurídicas em busca do provimento de insumos.



No que diz respeito ao recebimento de medicamentos, houve divergências entre os achados, entretanto, a maioria dos que faziam uso estavam recebendo, mas, por outro lado, algumas famílias ainda não estavam ou recebiam apenas de forma parcial, apesar de serem essenciais no tratamento da criança e do adolescente com necessidades especiais de saúde, principalmente no que concerne às alterações urinárias.

Recebo a medicação aqui no Hospital Pediátrico, e as outras eu recebo lá. Quando falta aí eu compro. Essa medicação que eu pego no Hospital Pediátrico já faltou por duas vezes, é um salário a medicação dela, aí eu tenho que comprar. Cada caixa é 227 reais (Penha);

O remédio eu quem compro, é um remédio para controlar a urina (Rebeca).

Outra pesquisa apresentou dados semelhantes, ao afirmar que as famílias de crianças com doenças crônicas recebiam os medicamentos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), porém alguns precisavam ser comprados e, em outras situações, havia a necessidade de busca judicial para a sua aquisição (OKIDO *et al.*, 2012).

Conforme a legislação nacional, dentro do processo de reabilitação, também está incluído o provimento de medicações que contribuem para a estabilidade funcional e clínica das pessoas com deficiências, auxiliando-as a limitar as incapacidades, através do controle dos fatores que as promovam (BRASIL, 1999).

Em relação à oferta de medicamentos pelo SUS, existem diversas portarias, decretos e leis que abordam a temática, de forma a regular a sua realização, com destaque para a que aprovou a Política Nacional de Medicamentos e para o Decreto nº 7.508/2011, que declara que o acesso à assistência farmacêutica universal e igualitária pressupõe que o usuário seja assistido pelo SUS, que a medicação tenha sido prescrita por profissional de saúde deste sistema e o medicamento esteja em conformidade com a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas ou de acordo com relações complementares em nível local, e que a dispensação ocorra em unidades indicadas pelo SUS.

Logo, os profissionais de saúde prescritores precisam estar cientes desses protocolos e diretrizes bem como a respeito das medicações atualmente ofertadas pelo SUS, inclusive para pessoas com doenças crônicas, de forma a melhor receitá-las e orientar as famílias quanto ao direito de adquiri-las gratuitamente.

### 3.2.3 DIREITO A EQUIPAMENTOS DE TECNOLOGIA ASSISTIDA

A OMS (2011), no Relatório Mundial sobre a Deficiência, afirma que um dispositivo de tecnologia assistida contribui para o aumento da independência das pessoas com deficiência, melhorando sua capacidade funcional, sendo exemplos destes: muletas, cadeira de rodas, próteses e órteses. Deste modo, é importante que estes indivíduos tenham acesso a esse tipo de equipamento, sendo que, para tanto,

faz-se necessária a efetivação das políticas públicas já existentes para pessoas com deficiência física, tais como a Portaria n° 116/1993, que garante a concessão de dispositivos de tecnologia assistida pelo SUS, mediante fluxo preestabelecido, às pessoas com deficiências, como cadeira de rodas, muletas, e andadores (BRASIL, 1993).

Nesse sentido, também houve divergências quanto ao seu recebimento e formas de aquisição. Cinco crianças e adolescentes conseguiram o recebimento desses equipamentos através de serviços e secretarias de saúde, com destaque para as órteses, cadeira de rodas e andadores, e uma pessoa havia recebido apenas de forma parcial, tendo havido a necessidade de compra de parte dos equipamentos. Quatro familiares relataram que seus filhos, apesar da necessidade de utilização de utensílios para a locomoção, não haviam ainda conseguido alcançá-los gratuitamente. “[...] É porque eu deixo ela no chão, mas eu não tenho como tá com ela no braço direito. Aí só se eu comprasse uma cadeira de rodas e colocasse ela na cadeira de rodas” (Marta).

Desse modo, a oferta se mostrou imprecisa, bem como para o tipo de material a ser fornecido, principalmente devido a algumas instituições haverem disponibilizado o material apenas para parte dos usuários que recebiam tratamento neste serviço, apesar da indicação da necessidade, provavelmente em consequência da grande demanda e da baixa quantidade de materiais disponíveis.

Outras formas de aquisição, destacadas por três familiares, foram através de entidades filantrópicas, doações e/ou fornecimento por políticos, nos pequenos municípios.

Contudo, estas também variaram, não havendo locais específicos para a distribuição, com cada família buscando onde era orientada a ir ou onde acreditava ser o local em que pudesse conseguir os equipamentos de auxílio à locomoção e/ou estabilização dos membros de seus filhos.

Achados afins foram apresentados na pesquisa de Okido *et al.* (2012) na qual se destacou que a mãe de uma criança dependente de tecnologia assistida também recorria ao auxílio de conhecidos para conseguir suprir as necessidades da família como políticos com influência dentro do seu município.

Por outro lado, algumas famílias não conseguiram, de maneira alguma, esses materiais, vendo-se obrigadas a ter que desempenhar mais esse gasto, mesmo diante de tantos já concretizados no dia a dia de idas aos serviços de saúde e compra de outros insumos.

De acordo com algumas cartilhas do SUS, para receber órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção pelo SUS, deve-se procurar a secretaria municipal, estadual ou unidades de saúde, em busca de informações sobre os serviços especializados que fornecem esses equipamentos.

Todavia, na prática, observou-se que a oferta desses materiais não tem ocorrido de forma organizada pelo SUS, havendo muitas famílias que ainda desconhecem seus direitos, não sendo beneficiadas com esses equipamentos de suma importância para as crianças e os adolescentes com deficiências nem estarem sendo informadas acerca deles nos serviços em que estes são acompanhados.

Como ele se locomover dentro de casa não tem, tem porque ele se arrasta, mas atividade mesmo não tem e também não estuda, porque não tem cadeira de rodas, porque até hoje ele só tem ficado em casa, comigo, com a mãe dele, do colo pro chão, porque eu sou pobre, minha família é pobre, a gente não tem condição de correr atrás de coisas melhores, por isso eu espero das pessoas que tenham mais poder, pessoas inteligentes, se pudesse ajudar a gente nesse sentido, eu já gostaria (Ezequias).

De fato, após o conhecimento sobre quaisquer das políticas públicas existentes, através de diferentes fontes de informação, as famílias, independentemente do seu nível socioeconômico, fazem tudo o que lhes é possível para alcançá-las efetivamente, visando proporcionar uma melhor qualidade de vida para as crianças e os adolescentes frente a tantas adversidades provenientes do seu adoecimento crônico.

Os desafios revelados na busca pela aquisição desses equipamentos e outros materiais existem por possíveis falhas das políticas, quando o insumo desejado já é preconizado em uma política pública, entretanto, não é possível sua aquisição ou é, mas de maneira inadequada na esfera administrativa, ou devido a problemas de incompreensão das políticas durante o seu processo de operacionalização. Assim sendo, a judicialização ocorre como via alternativa para a aquisição de um direito em saúde ou, ainda, como interferência inadequada do judiciário ante o andamento da legislação (DINIZ; MACHADO; PENALVA, 2014).

### 3.2.4 DIREITO A UM BENEFÍCIO FINANCEIRO

Em relação ao BPC, citado na Constituição de 1988, este foi primordialmente regulamentado pelo Decreto n° 1.744, de 8 de dezembro de 1995, que, posteriormente, foi revogado, e novo decreto o de n° 6.214 foi instituído em 2007, garantindo o direito a um salário mínimo mensal, fornecido pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), à pessoa com deficiência que comprovasse não possuir nenhuma renda para prover sua subsistência e nem tê-la provida pelos seus familiares (BRASIL, 2007).

Quase todos os participantes da pesquisa (13) já haviam conseguido adquiri-lo, apesar de também terem existido diversos empecilhos na conquista deste direito, havendo a necessidade de envolvimento judicial, conforme se percebeu nas falas:

A Dra. B, antes deu sair daqui, ela me deu um atestado, me explicou tudinho como era, que eu procurasse o benefício, que ela ganhava. Aí o Dr. J, eu também pedi outro papel desses, aí eu botei no INSS, aí veio negado. Aí eu coloquei no advogado, foi pago, ele pegou a metade do dinheiro, mas veio, passou bem um ano para vim, mas veio (Marta);

Deu certo, mas ainda fui umas três vezes lá [INSS], e ele disse que tava muito difícil deu conseguir. Aí na última vez veio (Rebeca);

Foi preciso ir na justiça. Eu fui lá no fórum na cidade, aí demorou 15 dias, aí saiu o benefício nosso (Safira).

Destaca-se que todas as famílias acima estavam dentro dos critérios exigidos por lei para o recebimento do BPC, tais como: não possuírem outros benefícios de seguridade social, a criança e o adolescente apresentarem deficiências que limitam ou restringem suas atividades e possuírem renda mensal bruta familiar, dividida entre os membros da família, inferior a um quarto do salário mínimo (BRASIL, 2011c).

No estudo de Elias, Monteiro e Chaves (2008), único encontrado na literatura semelhante a esta pesquisa, por buscar compreender como tem sido o acesso a alguns direitos de pessoas com mielomeningocele, os participantes também revelaram algumas dificuldades no recebimento do benefício, havendo a necessidade de se deslocarem até o local de concessão diversas vezes, até, finalmente, conseguirem.

Apenas duas mães ainda não estavam recebendo o benefício: uma devido à criança ainda possuir poucos meses de idade e, apesar de já ter sido bem orientada por profissionais de saúde, ainda não ter buscado esse direito; e a outra revelou não estar dentro dos critérios exigidos para ter acesso ao recebimento do benefício.

A situação financeira dessas famílias, que possuem poucas condições de subsistência, pode interferir na qualidade de vida de todos os seus membros, principalmente daqueles que apresentam necessidades especiais de saúde, por influenciar na realização do seu tratamento e recebimento de cuidados (CIPRIANO *et al.*, 2009).

Importa, ainda, refletir que a criação de legislações é insuficiente para promover, efetivamente, a inclusão social das pessoas com deficiência, pois, para que isto ocorra, faz-se preciso um maior discernimento da sociedade acerca destes

indivíduos, reconhecendo suas potencialidades e compreendendo que estes apenas buscam alcançar condições materiais e humanas que lhes possibilitem viver do mesmo modo que os demais cidadãos (SILVA *et al.*, 2012).

Nesse sentido, observou-se a necessidade de maior capacitação dos profissionais de saúde para que estes tenham conhecimento acerca das políticas públicas de saúde e, desta forma, sejam capazes de agir promovendo a saúde da população, através de estratégias de orientação, tornando-os conhecedores dos seus direitos e compreendendo que ações desenvolver para conseguir alcançá-los, de forma a buscar, com maior autonomia, sua melhor qualidade de vida.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa possibilitou a compreensão acerca dos principais direitos em saúde vivenciados pelas famílias de crianças e adolescentes com malformação do tubo neural provenientes de diferentes municípios do estado do Ceará, relacionados à prioridade no atendimento em saúde, ao transporte até o hospital de referência pediátrica para o acompanhamento terapêutico, ao recebimento de medicações, de materiais para a realização de procedimentos domiciliares, de equipamentos de tecnologia assistida e à aquisição do benefício financeiro.

Houve muitos entraves no cotidiano das famílias na busca por conseguirem se apropriar desses direitos, ocorrendo a necessidade de busca judicial em algumas situações, além de longos períodos de espera para alcançar os direitos destas crianças e desses adolescentes, embora algumas fa-



mílias ainda não houvessem tido êxito nessa luta cotidiana, visando proporcionar um tratamento adequado e melhores condições de vida a essas pessoas cronicamente adoecidas.

No Brasil, há mais de duas décadas, tem sido elaboradas diferentes políticas públicas de saúde em favor das pessoas com deficiências, que preconizam, de forma fascinante, diferentes estratégias que visam incluí-las e promover sua melhor qualidade de vida. Entretanto, foi possível atentar que a sua mera existência legal tem sido insuficiente ante as falhas na sua implementação, de forma que elas não têm alcançado na sua totalidade aquilo que mais necessitam.

As crianças e os adolescentes com mielomeningocele possuem necessidades particulares de cuidado, em meio a diferentes sequelas físicas, o que as faz depender das políticas públicas, apesar de estas não serem específicas para este adoecimento crônico, na busca por acesso a serviços públicos de saúde adequados bem como de conseguirem condições para realizar as suas atividades cotidianas, assim como os demais cidadãos, incluindo-se e obtendo suporte para viver com melhor qualidade.

Nesse sentido, torna-se imprescindível que seja melhor discutido entre o poder público (implementador dessas políticas), profissionais de saúde (fonte de orientação às famílias) e familiares de crianças e adolescentes com malformação do tubo neural, entre outras doenças crônicas, as falhas e entraves para o real funcionamento das políticas públicas de saúde, de modo a serem desenvolvidas estratégias factíveis que contribuam para esta parcela da população e lhes garanta, de fato, seus direitos como preconizados na legislação brasileira.

## 5. REFERÊNCIAS

AGUILERA, S. L. V. U. *et al.* Articulação entre os níveis de atenção dos serviços de saúde na Região Metropolitana de Curitiba: desafios para os gestores. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v.47, n.4, p.1021-1039, jul./ago. 2013.

AMARAL, F. L. J. S. *et al.* “Acessibilidade de pessoas com deficiência ou restrição permanente de mobilidade ao SUS”. **Ciênc. Saúde coletiva**, v.17, n.7, p.1833-1840, 2012.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRANDÃO, A. D.; FUJISAWA, D. A.; CARDOSO, J. R. “Características de crianças com mielomeningocele: implicações para a fisioterapia”. **Fisioter. Mov.**, v. 22, n. 1, p. 69-75, jan./mar. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 146, de 14 de outubro de 1993**. Estabelece as diretrizes gerais para a concessão de próteses e órteses através da Assistência Ambulatorial, atribuindo aos gestores estadual/municipal de saúde as responsabilidades pela coordenação, supervisão, controle, avaliação e aquisição das próteses e órteses (legislação na Internet). Brasília, 1993. Disponível em: <<http://www.abraso.org.br>>. Acesso em: 29 fev. 2013.

BRASIL. **Portaria/SAS/n° 055 de 24 de fevereiro de 1999**. Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde. Brasil, 1999a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port99/PT-055.html>>. Acesso em: 30 jan. 2015.

BRASIL. **Decreto n° 3.298, de 20 de dezembro de 1999**. Política Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 21 dez. 1999b.

BRASIL. **Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004.** Regula-menta as Leis nºs 10.048, de 8 de novembro de 2000 e a 10.098, de 19 de dezembro de 2000, e dá outras providências. Brasil, 2004a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm)>. Acesso em: 21 mar.2013.

BRASIL. **Decreto nº 6.214, de 26 de setembro de 2007.** Regula-menta o benefício de prestação continuada da assistência social devido à pessoa com deficiência e ao idoso de que trata a Lei nº 8.742 e a Lei nº 10.741, acresce parágrafo ao art. 162 do Decreto nº 3.048 e dá outras providências. Brasil, 2007a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2007/decreto/d6214.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6214.htm)>. Acesso em: 21 mar.2013.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamen-ta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasil, 2011a. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm)>. Acesso em: 3 jan. 2013.

BRASIL. Governo Federal. **Secretaria de Direitos Humanos.** Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver sem Limite. Brasília, 2011b.

BRASIL. **Decreto nº 7.617, de 17 de novembro de 2011.** Altera o Regulamento do Benefício de Prestação Continuada, aprovado pelo Decreto nº 6.214, de 26 de setembro de 2007. Brasil, 2011c. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7617.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7617.htm)>. Acesso em: 12 jan.2013.

BRONZERI, F. G. *et al.* Mielomeningocele e nutrição: proposta de protocolo de atendimento. **Mundo saúde (Impr.)**, v. 35, n. 2, p. 215-224, 2011.

CIPRIANO, M. A. B.; QUEIROZ, M. V. O. “Cuidado com a criança portadora de mielomeningocele: vivência da família”. **Re-vista Rene**, Fortaleza, v.9, n.4, p.72-81, 2008.

CIPRIANO, M. A. B. *et al.* Perception of the family that existence the care of child with meningomyelocele: descriptive study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói (RJ), v. 8, n.3, nov. 2009. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2009.2630/573>>. Acesso em: 05 set. 2014.

DINIZ, D.; MACHADO, T. R. C.; PENALVA, J. “A judicialização da saúde no Distrito Federal, Brasil”. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.2, p.591-598, 2014.

ELIAS, M. P.; MONTEIRO, L. M. C.; CHAVES, C. R. Acessibilidade a benefícios legais disponíveis no Rio de Janeiro para portadores de deficiência física. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 13, n. 3, p. 1041-1050, 2008.

FARIA, T. C. C. *et al.* Melhora em função motora e necessidade reduzida de shunts pós-natais em crianças submetidas a cirurgia fetal uterina da mielomeningocele. **Arq. Neuropsiquiatr.**, v. 71, n. 9-A, p.604-608, 2013.

FIGUEIREDO, S. V. *et al.* Desafios enfrentados por crianças e adolescentes com mielomeningocele e suas famílias. In: GOMES, I. L. V.; PINTO, F. J. M.; FIGUEIREDO, S. V. (Org.). **Temáticas de dissertações no âmbito da saúde pública: concepção de orientadores e estudantes**. Fortaleza: EdUECE, 2014. p. 131-152.

GAIVA, M. A. M.; NEVES, A. Q.; SIQUEIRA, F. M. G. O cuidado da criança com espinha bífida pela família no domicílio. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 13, n. 4, p. 717-725, 2009.

GAIVA, M. A. M.; CORRÊA, E. R.; SANTO, E. A. R. E. Perfil clínico-epidemiológico de crianças e adolescentes que vivem e convivem com espinha bífida. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento Hum.**, v. 21, n. 1, p. 99-110, 2011.

OKIDO, A. C. C. *et al.* Criança dependente de tecnologia: a experiência do cuidado materno. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 46, n. 5, p. 1066-1073, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. **Relatório Mundial sobre a Deficiência**. World Health Organization, The World Bank. Tradução Lexicus Serviços Lingüísticos. São Paulo: SEDPcD, 2011. 334 p.

SILVA, M. M. *et al.* Aspectos que qualificam a consulta pediátrica na percepção de familiares. **Saúde Coletiva**, v. 9, n. 55, p. 30-34, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Human Genetics Program**. World Atlas of Birth Defects. Geneva, 2003.

## CAPÍTULO 9

### **PERSPECTIVAS VERSUS ALCANCE: ANÁLISE DA GESTÃO INDIRETA PELOS CONSÓRCIOS PÚBLICOS DE SAÚDE NA ATENÇÃO BUCAL DO CEARÁ**

Sílvia Morgana Araújo de Oliveira  
Marcelo Gurgel Carlos da Silva

#### **1. INTRODUÇÃO**

A Constituição Federal de 1988 e a promulgação das Leis Orgânicas da Saúde n° 8.080/90 e n° 8.142/90 nortearam a implantação de um plano de assistência à Saúde Pública para todos os brasileiros, que passou a ser denominado Sistema Único de Saúde (SUS) (PAIM, 2012). A cobertura prévia vai desde consultas, exames e internações até ações de promoção e prevenção de saúde, cura e reabilitação dos pacientes (BRASIL, 2002; 2003).

Por tão vasta cartela de serviços e ações, os recursos para o custeamento e a sustentação do Sistema Único de Saúde (SUS) são objeto de constante preocupação das políticas nacionais. A oferta universal, integral, sem discriminação e com qualidade para todos os brasileiros é a meta idealizada pelo SUS e, para tanto, deve ser cada vez mais econômica, evitando desperdícios ou a má utilização dos expedientes disponibilizados para as ações de Saúde Pública

(SILVA, 2013; DIAS, MARTINS FILHO; SAMPAIO, 2003; SILVA, 2004).

Entre suas diretrizes organizativas, o SUS defende a transferência de responsabilidades e a municipalização dos serviços de saúde (BRASIL, 2002), estratégias que possibilitam a descentralização da assistência e a reorganização dos serviços de saúde (PAIM, 2012).

Para acompanhar esse processo de gestão compartilhada da execução dos serviços, ganharam expressividade os modelos de Administração Pública Indireta. Esses modelos são opções para melhorar os serviços ofertados pelos entes federativos, com garantia de manutenção das suas qualidades, acompanhamento eficiente dos custos e a desburocratização da assistência à saúde, que passou a ser gerenciada pelos setores sociais (IBAÑEZ; VECINA NETO, 2007). Os cinco tipos principais de modelos administrativos indiretos são: Autarquia, Organizações Sociais, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, Fundações Estatais e os Consórcios Públicos (AMARAL; BLATT, 2011).

Segundo Alexandrino e Paulo (2008), esses modelos modernizam a administração do Estado e têm suporte jurídico no Direito Administrativo, que prevê a transferência de responsabilidades do Estado para entidades. Estas são constituídas para a gerência indireta dos serviços de responsabilidade estatal, o que se trata de um processo de delegação de funções, caracterizando a descentralização do poder do estado.

Na gestão dos serviços de Saúde Pública, especial destaque é concedido aos Consórcios Públicos, por suas experiências exitosas em todo o país (AMARAL; BLATT,

2011). Entidades formadas entre os entes federativos – municípios, estado e/ou União – para a administração dos seus recursos públicos, na maioria dos casos, os Consórcios Públicos têm a personalidade de pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos. Os entes consorciados pactuam regras de financiamento dos serviços que serão prestados e de acesso para a população, que é determinado por cotas fixas de utilização baseado nos recursos destinados de cada município e em seu contingente populacional (RIBEIRO; COSTA, 2000).

Dentre seus instrumentos de funcionamento encontram-se: protocolo de intenções, estatuto, contrato de gestão ou programa e o contrato de rateio, previamente acordados e assinados pelos entes consorciados (BASTOS; GAMBATE, 2010). Lima (2000) assinala que esta modalidade da gestão indireta tem importante utilidade na saúde, visto que melhora a administração da rede de serviços hospitalares e demais serviços assistencialistas. Ribeiro e Costa (2000) afirmam que o tipo de administração proporcionada pelo Consórcio Público promove, ainda, flexibilidade gerencial para a aquisição de equipamentos, contratação de pessoal, determinação de remuneração destes assim como o pagamento de incentivos.

O Ceará, nos últimos dez anos, realizou consideráveis investimentos na saúde com a instalação de novos equipamentos em todo o seu território. Estas novas unidades estão sendo administradas nos moldes da administração pública indireta de serviços. Os hospitais Waldemar de Alcântara e o Regional do Cariri, geridos pelas Organizações Sociais (OS) e, mais recentemente, as Policlínicas Regionais, os Centros



de Especialidades Odontológicas (CEO-R) e as Unidades de Pronto-Atendimento (UPA) administrados pelos Consórcios Públicos Intermunicipais de Saúde (MEDEIROS; ROSA, NOGUEIRA, 2008; CEARÁ, 2009).

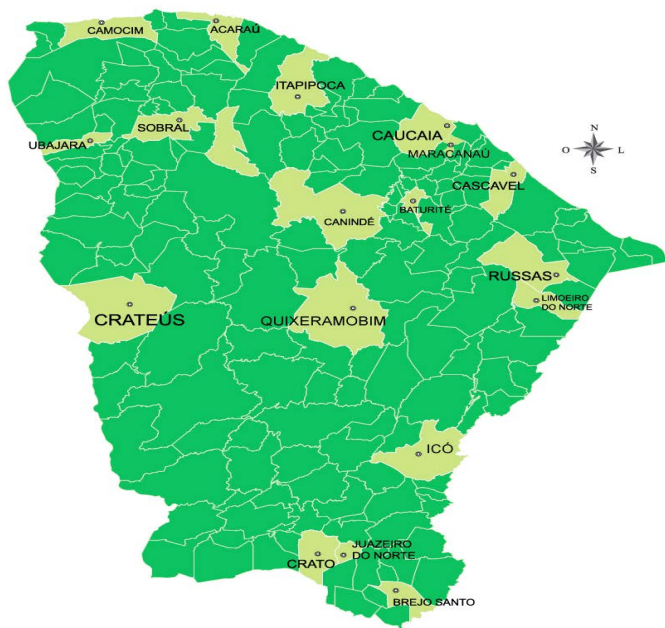
No contexto do SUS, de minimização dos custos e priorização das ações de saúde, a Odontologia sempre teve posição de conflito nas políticas públicas de saúde. Narvai e Frazão (2008) citaram que, somente em 1988, foi aprovada a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) ou, como é denominada, “Brasil Sorridente”. Com pretensão de reduzir as elevadas demandas por serviços especializados em Odontologia, a PNSB passa a estimular uma acelerada implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas em todo o Brasil (JUNQUEIRA; PANUTTI; RODE, 2008). O Ceará acompanhou essa tendência nacional e aumentou a oferta deste tipo de assistência em todo o seu território.

Assim, em 2008, com incentivo do Governo Federal, orientadas pelas diretrizes da PNSB e oriundas do Programa de Expansão e Melhoria da Assistência Especializada à Saúde do Estado do Ceará foram instaladas 16 novas unidades de atenção à saúde bucal secundária ou especializada em todo o estado. São os Centros de Especialidades Odontológicas Regionais (CEO-R) que, como já referido, têm seguido as convergências nacionais sendo geridos pelo modelo de gestão de administração pública indireta de serviços do tipo Consórcios Públicos Intermunicipais de Saúde (CEARÁ, 2009). Esses novos CEO-R têm o objetivo de ofertar serviços odontológicos especializados aos municípios circunvizinhos à sede de sua instalação, com pactuações previamente definidas entre eles, tornando-se, portanto, centros

de referência regional (MEDEIROS; ROSA; NOGUEIRA, 2008).

Os 16 CEO-R que compunham esse programa, em 2008, eram: Ubajara, Juazeiro do Norte, Russas, Baturité, Acaraú, Camocim, Brejo Santo, Caucaia, Limoeiro do Norte, Crateús, Itapipoca, Cascavel, Quixeramobim, Icó, Canindé e Maracanau (CEARÁ, 2009).

Figura 1 – Municípios onde estão localizados os Centros de Especialidades Odontológicas Regionais do Estado do Ceará.



Fonte: Pessoa, 2013

Previamente ao processo de implantação dos CEO-R, o Governo do Estado montou uma prospecção contendo um estudo financeiro piloto com uma previsão do custeio mensal e uma perspectiva de produção de serviços para estas unidades e respectivos consórcios gestores. O financiamento seria composto pelos três entes consorciados: Governo Federal (7,73%), Governo Estadual (40,00%) e municípios (52,27%) e, para se ter a contrapartida do incentivo da esfera federal, deveriam ser atingidas as metas de produção e de formação estrutural predefinidas pelo Ministério da Saúde para o custeio de Centros de Especialidades Odontológicas do tipo III, padrão no qual deveriam se integrar os novos CEO-R (CEARÁ, 2009).

Em 2009, início do processo de instalação das unidades, a estimativa de custeio dos CEO-R e de seus respectivos Consórcios Públicos gestores eram do montante de R\$ 212.002,53/mês para cada unidade. Dentro desta previsão de custos estavam calculados os gastos com departamento de pessoal do CEO-R (Diretores Geral e Administrativo-Financeiro, Dentistas especialistas, Auxiliares de Consultório Dentário, Técnicos em Saúde Bucal, Auxiliares em Prótese Dentário, Técnicos de Prótese, Auxiliares de Serviço Geral, Segurança Armada, Recepcionistas e Técnico de Informática), departamento de pessoal do Consórcio Público de Saúde (Presidente do Consórcio, Secretária, Advogado trabalhista, Contador), e ainda gastos com insumos e manutenção geral (como água, luz, entre outros) (CEARÁ, 2010). Em 2012, este custeio foi reajustado para R\$ 227.063,97/mês para cada unidade, com a finalidade de manutenção dos mesmos gastos inicialmente estipulados, acrescidos da infla-

ção do período e do aumento salarial no mínimo, de acordo com a legislação vigente (CEARÁ, 2012).

A previsão das metas de produção de serviços teve seu estabelecimento orientado pelos dados contidos no último levantamento de saúde bucal (SB BRASIL, 2003) realizado no Ceará, que identificou quais seriam as possíveis necessidades de saúde bucal da população e, portanto, sugeriram as definições de quais especialidades de tratamentos e em quais quantidades deveriam ser ofertados pelos CEO-R, respeitados os limites mínimos do Ministério da Saúde. Estas expectativas de custeio e de produção compuseram, respectivamente, os primeiros contratos de rateio e de programa do estado para os Consórcios Públicos Intermunicipais de Saúde (CEARÁ, 2009).

Por terem sido definidos de maneira generalizada, inespecífica e aproximada para as diferentes regiões do Ceará, é provável que os diversos Consórcios Públicos Intermunicipais tenham necessidade de custeio e produções, também, diferenciados. Portanto, provavelmente, cada uma das unidades de CEO-R deve ter alocado seus recursos obtidos de maneira individual assim como alcançado resultados próprios, específicos e variados. As metas, inicialmente definidas pelo Estado para a implantação destes serviços, podem estar sub ou superestimadas, o que poderá estar refletindo diretamente nos resultados destes serviços.

Diante deste contexto, tornou-se necessária a realização de uma análise de custo-consequência do modelo de gestão de administração pública indireta dos Centros de Especialidades Odontológicas Regionais do Ceará, com a finalidade de analisar a compatibilidade das perspectivas de

custos e produções estimados como metas para estas unidades com as alcançadas, comparando-se as relações entre eles e verificando-se possíveis distorções. O presente estudo aliou a economia da saúde e os gastos racionais dos recursos públicos, proporcionando a análise deste tipo indireto de administração pública e de seus resultados e, ainda, a verificação de como tem ocorrido o acesso a esses serviços odontológicos especializados no estado.

Este estudo identificou os investimentos realizados e os resultados produzidos por esses serviços; possibilitou a verificação de adequação na estimativa do custeio e metas de produção e a mensuração de possíveis falhas. De maneira ampliada, a análise permitiu o acompanhamento das políticas públicas de saúde bucal adotadas no Ceará, contribuindo para a sua orientação, adequação e para a execução dos serviços de saúde, conforme as necessidades da população cearense.

## 1.1 OBJETIVOS

Esta pesquisa objetivou analisar o modelo de gestão dos Centros de Especialidades Odontológicas Regionais (CEO-R) do Estado do Ceará, seus custos e consequências, de julho/2010 a junho/2013 e, para isto, fez-se necessário:

- Identificar os custos de manutenção empregados na produção dos serviços dos CEO-R;
- Descrever as produções totais e específicas de cada especialidade odontológica ofertada pelos CEO-R;
- Comparar a relação entre os custos e as consequências dos serviços dos CEO-R;

- Verificar a adequação custo-produção dos serviços estimados e alcançados pelos CEO-R em estudo.

Com esses objetivos, pretendeu-se reunir e oferecer subsídios para a otimização dos recursos empregados, aperfeiçoando os resultados e contribuindo para o planejamento e a gestão destes e de outros serviços de saúde.

## 2. PERCURSO METODOLÓGICO

Este é um estudo analítico documental, transversal, cuja amostra incluiu os CEO-R pertencentes à primeira fase do Programa de Expansão e Melhoria da Assistência Especializada do Governo do Estado do Ceará: Acaraú, Baturité, Juazeiro do Norte, Russas e Ubajara.

Os dados estimados pela Secretária de Saúde do Estado do Ceará (SESA/CE) para esses CEO-R foram coletados nos Contratos de Programa e Rateio de cada Consórcio Público de Saúde gestor. Já os dados alcançados foram coletados da seguinte forma: custos nos bancos contábeis de seus consórcios e de suas prestações de contas para o Tribunal de Contas dos Municípios; e produções dos relatórios mensais de procedimentos executados e dos relatórios de acompanhamento trimestral para o Núcleo de Atenção em Saúde Bucal da SESA/CE.

Para a catalogação e análise dos dados foram adotadas as seguintes categorizações:

Custos: *Recursos Humanos* – categorias de profissionais, salário-base, proventos e encargos; *Materiais* – Insumos: material odontológico, farmacológico, expediente e de

limpeza/higiene; e demais custos com materiais impressos e encadernações, informática, incentivos à educação continuada, seleção e treinamento de pessoal, passagens e despesas com locomoção, uniformes e fardamentos, gêneros alimentícios, e outros materiais; *Serviços* custos fixos – água, energia, telefone, internet; manutenções – equipamentos, predial e outras manutenções; demais custos com serviços – desenvolvimento de Recursos Humanos, laudos radiográficos, vigilância armada, laboratório terceirizado de prótese, dedetização e outros custos.

Consequências: *Produções de Serviços* – total de atendimentos, 1ª consulta, retornos e tratamentos concluídos nas especialidades ofertadas (cirurgia, endodontia, ortodontia, pacientes com necessidades especiais, periodontia e próteses), totais e específicos.

Os custos, variáveis preditoras ou independentes, tiveram seus valores aferidos em reais (R\$). As consequências, variáveis dependentes ou desfecho, foram mensuradas em quantidades numéricas.

Foram compilados em semestre, originando seis grupos de análise, que foram assim distribuídos: 1º período – julho-dezembro de 2010; 2º período – janeiro-junho de 2011; 3º período – julho-dezembro de 2011; 4º período – janeiro-junho de 2012; 5º período – julho-dezembro de 2012; 6º período – janeiro-junho de 2013. Através do programa *SPSS for Windows*, foram realizadas nos dados análises frequentiais, paramétrica e o coeficiente de Correlação Linear de Tau de Kendall ( $\tau$ ) para verificar a correspondência entre as variáveis preditoras e desfechos.

Neste trabalho, foram respeitados os princípios básicos da Bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça; e assinado o Termo de Fiel Depositário de documentos para relatórios e/ou dados fornecidos pelo Núcleo de Saúde Bucal da SESA/CE.

Por se tratar de pesquisa documental cujos dados não eram públicos, ela foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição responsável pelo estudo, Universidade Estadual do Ceará, pela Plataforma Brasil, seguindo a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A coleta de dados obteve parecer favorável, em 10 de abril de 2013, registrado sobre o número CAAE 13319213.2.0000.5534.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre os resultados gerais, tem-se a verificação entre os padrões determinados para os CEO Tipo III e sua correspondência com os alcançados pelos CEO-R do Estado do Ceará que se enquadram neste tipo de unidade. Conforme determinação ministerial, todas as cinco unidades analisadas continham, em sua estrutura física, onze cadeiras odontológicas, funcionando durante 40 horas/semanais e com oferta de todas as especialidades exigidas: endodontia, periodontia, pacientes com necessidades especiais e cirurgia oral menor (GUIMARÃES, 2010).

Apesar de possuírem a mesma estrutura física e o mesmo catálogo de ofertas de procedimentos, as unidades dos CEO-R Acaraú, Baturité, Juazeiro do Norte, Russas e Ubajara, foi possível a identificação de características pró-



prias de cada uma delas, o que lhes atribuiu resultados individuais também.

No levantamento de custos, foram obtidos os custos de manutenção dos CEO-R estimados e realizados (Tabela 1), o que viabilizou a comparação entre estes valores. Eles foram alocados em três tipos: Recursos Humanos, Materiais (principal subcategoria Insumos) e Serviços (principal subcategoria Custos Fixos).

**Tabela 1** – Levantamento dos custos de manutenção dos Centros de Especialidades Odontológicas Regionais do Estado do Ceará, período de julho de 2010 a junho de 2013.

Categorização dos Custos	Custos Estimados (R\$)	Custos Realizados nos CEO-R (R\$)				
		SESA	Acaraú	Baturité	Juazeiro	Russas
C. Rec.Humanos	5.685.690,72	4.917.768,68	5.307.839,81	5.680.561,56	5.381.382,08	5.099.305,98
C. Materiais	1.030.275,82	752.133,21	636.282,11	661.168,13	686.532,92	518.091,20
C. Insumos	827.979,82	670.826,19	521.437,09	489.719,97	544.930,28	384.450,57
C. Serviços	1.303.433,37	966.708,63	932.913,69	997.527,80	1.016.521,70	802.914,70
C. Fixos	190.844,90	232.926,64	197.951,53	213.677,93	232.892,01	222.679,27
Total de Custos de Manutenção	7.789.590,83	6.324.610,52	6.877.035,61	7.339.257,49	7.084.575,60	6.420.312,04

Fonte: Relatórios de acompanhamento dos procedimentos executados pelos CEO-R do Estado do Ceará.

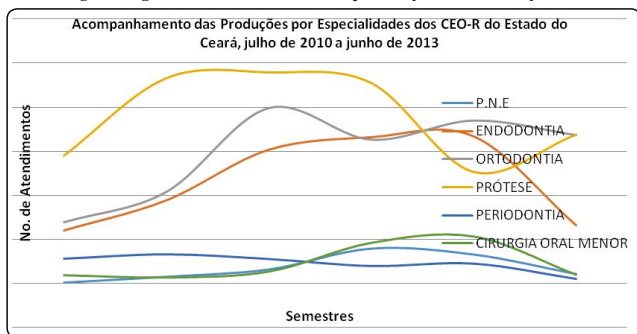
Os custos estimados, de maneira geral, supriram as necessidades das unidades de CEO-R, com exceção dos relacionados ao custeio de Serviços, subcategoria Custos Fixos, onde o estimado foi inferior ao realizado por todas as unidades dos CEO-R. O custeio previsto para os materiais

das unidades, entretanto, ultrapassou, com margem superior a R\$ 300.000,00, os custos que foram realizados pelas mesmas unidades. Foi ainda observado que, em sua principal subcategoria, Insumo, também foi superdimensionada, pois ultrapassou o custeio necessário com margem superior a R\$ 200.000,00 na maioria das unidades analisadas e, no caso específico do CEO de Ubajara, esta margem estimada poderia custear até duas vezes o valor que essa unidade gastou com esse tipo de material.

Os custeios dos Recursos Humanos concentraram a maior quantia dispensada, tanto dos estimados como dos realizados, sendo destinado a tal fim um valor superior a 70% do total das cifras de custeio estimados pela SESA e realizados pelos CEO-R. Esse percentual foi menor do que o referido por Santos (2012), em seu estudo com as Equipes de Saúde da Família, que afirmou ser o gasto com manutenção de pessoal o principal custo do orçamento com a manutenção destas equipes, ainda citando que esse gasto é da ordem de aproximadamente 93,76% do total dos recursos disponíveis.

A soma dos atendimentos realizados pelos cinco CEO-R deste estudo (Figura 2), evidenciam clara melhoria dos indicadores de produção em saúde bucal especializados proporcionados por estes serviços. Especial destaque é observado na especialidade de próteses, visto que esta obteve maiores índices de produção, comparativamente às outras especialidades, com o número de atendimentos variando em aproximadamente dez mil em quase todos os semestres pesquisados, tendo sido obtida esta marca de atendimentos logo a partir do segundo semestre pesquisado (janeiro-junho de 2011).

**Figura 2** – Evolução dos atendimentos especializados dos Centros de Especialidades Odontológicas Regionais do Estado do Ceará, período julho de 2010 a junho de 2013.



Fonte: Bancos contábeis dos consórcios do Estado do Ceará

Entretanto, no que tange aos números de atendimentos das especialidades PNE, Periodontia e Cirurgia Oral menor, foi observada, também, uma manutenção dos indicadores, mas consideravelmente inferior ao da prótese, com variação de dois mil a quatro mil atendimentos, atingindo seus maiores indicadores entre o quarto e quinto períodos analisados, respectivamente, janeiro-junho de 2012 e julho-dezembro de 2012.

Os números totais de atendimentos na especialidade de Endodontia se mostraram, inicialmente, com perfil ascendente do 1º ao 5º semestre a partir do qual mostrou considerável decréscimo, tendo o total da sua produção nas unidades de CEO-R alcançado pouco mais de quatro mil atendimentos no 6º semestre. As produções estimadas pela SESA/CE e alcançadas pelos CEO-R em números absolutos por período analisado, podem ser observadas, respectivamente, nas Tabela 2 e 3.

No que diz respeito à perspectiva de produção do número total de atendimentos estimado pela SESA/CE, este pode ser dividido em dois valores: 16.584, do 1º ao 3º semestre; e 15.984, do 4º ao 6º semestre, tendo sido observada apenas uma redução de 600 atendimentos. Esta redução se deve à diminuição na oferta para o número total de atendimentos da especialidade de Periodontia (Tabela 2).

**Tabela 2** – Expectativa SESA/CE de produção total de atendimentos semestrais por especialidades dos CEO-R do Estado do Ceará, período de julho de 2010 a junho de 2013.

UND. ESPECIALIDADE	ATENDIMENTOS (Nº TOTAL)					
	1º SEM	2º SEM.	3º SEM.	4º SEM.	5º SEM.	6º SEM.
Pac. Nec. Espec.	1.056	1.056	1.056	1.056	1.056	1.056
Endodontia	3.168	3.168	3.168	3.168	3.168	3.168
Ortodontia	7.200	7.200	7.200	7.200	7.200	7.200
Prótese	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000
Periodontia	1.200	1.200	1.200	600	600	600
Cirurgia B. M. Fac.	960	960	960	960	960	960
Total de Atend.	16.584	16.584	16.584	15.984	15.984	15.984

Fonte: Contratos de Programa da SESA/CE com os CEO-R dos anos 2010, 2011, 2012 e 2013

Entre as observações gerais dos procedimentos realizados por todos os CEO-R, fica clara a diferença de percentual de atendimentos realizado por parte de cada especialidade, o que poderia ser explicado, apesar de o quantitativo ser praticamente igual, pela quantidade de profissionais den-

tistas especialistas estarem divididos pelas especialidades priorizadas por cada região-sede destas unidades, tendo sido respeitadas as suas particularidades. Santos (2012) já havia sinalizado a importância de verificar as necessidades populacionais assistidas com a finalidade de ajustar a oferta de serviços oferecidos a elas, objetivando torná-la efetiva e eficaz.

Observou-se, ainda, que esse padrão estimado superou e muito os números que foram realizados nos CEO-R de todas as unidades, tanto no acumulado dos seis semestres como na análise individual de cada unidade por semestre. Ubajara, mesmo tendo sido a unidade que apresentou maior índice de produção no total de atendimentos realizados no período, só alcançou 49,48% da produção que havia sido estimada, portanto, menos da metade da produção esperada pela SESA/CE (Tabela 3).

Ainda na Tabela 3, é possível analisar que o comparativo do que foi obtido pelos demais CEO-R com o que havia sido previsto foram em ordem decrescente: Juazeiro do Norte (42,93%), Baturité (40,43%), Russas (37,54%) e Acaraú (33,55%).

Também é notória a diferença entre o total de atendimentos realizados até dentro da mesma unidade de CEO-R, com o passar dos semestres, como é o caso de Acaraú, que teve suas produções com consideráveis variações entre os semestres, fazendo a pior soma de atendimentos no último período desta pesquisa.

**Tabela 3** – Produção total de atendimentos semestrais por especialidades alcançadas pelos CEO-R do Estado do Ceará, período de julho de 2010 a junho de 2013.

UND. ESPECIALIDADE	ATENDIMENTOS (Nº TOTAL)						
	1º SEM	2º SEM.	3º SEM.	4º SEM.	5º SEM.	6º SEM.	
ACARAÚ	Pac. Nec. Espec.	371	532	1.196	320	489	241
	Endodontia	716	1.490	2.091	913	986	276
	Ortodontia	485	1.123	3.138	1.816	1.270	507
	Prótese	1.863	2.182	1.523	1.523	1.232	590
	Periodontia	543	709	528	639	482	171
	Cirurgia B.M.Fac.	430	652	523	480	542	206
	<b>Total de Atend.</b>	<b>4.408</b>	<b>6.688</b>	<b>8.999</b>	<b>5.6691</b>	<b>5.001</b>	<b>1.991</b>
BATURITÉ	Pac. Nec. Espec.	505	590	470	591	559	594
	Endodontia	1.176	964	1.254	1.203	1.079	1.170
	Ortodontia	1.354	1.711	1.923	1.439	2.585	2.797
	Prótese	1.436	1.028	1.788	2.145	2.103	2.272
	Periodontia	941	619	596	526	617	496
	Cirurgia B.M.Fac.	628	403	630	444	400	476
	<b>Total de Atend.</b>	<b>6.040</b>	<b>5.315</b>	<b>6.661</b>	<b>6.345</b>	<b>7.343</b>	<b>7.805</b>
JUAZEIRO DO NORTE	Pac. Nec. Espec.	570	550	466	544	661	417
	Endodontia	1.028	1.081	2.461	1.673	2.550	1.049
	Ortodontia	1.064	1.082	2.355	1.832	2.569	1.371
	Prótese	1.264	2.450	2.172	2.416	521	2.255
	Periodontia	754	849	883	743	962	320
	Cirurgia B.M.Fac.	395	354	534	643	722	388
	<b>Total de Atendim</b>	<b>5.075</b>	<b>6.366</b>	<b>8.881</b>	<b>7.806</b>	<b>8.026</b>	<b>5.800</b>
RUSSAS	Pac. Nec. Espec.	141	296	306	324	319	274
	Endodontia	592	1.430	1.483	1.389	1.591	1.240
	Ortodontia	740	1.623	1.832	1.991	1.871	1.800
	Prótese	1.368	3.033	3.170	2.630	1.661	1.919
	Periodontia	198	218	186	160	218	213
	Cirurgia B.M.Fac.	228	439	502	484	459	397
	<b>Total de Atendim</b>	<b>3.267</b>	<b>6.999</b>	<b>7.479</b>	<b>6.978</b>	<b>6.119</b>	<b>5.843</b>
UBAJARA	Pac. Nec. Espec.	389	319	180	1.785	1.268	887
	Endodontia	1.138	814	783	3.459	2.470	911
	Ortodontia	914	621	726	1.456	1.109	2.268
	Prótese	1.321	2.626	2.927	2.386	1.548	1.721
	Periodontia	542	935	921	721	619	988
	Cirurgia B.M.Fac.	488	419	349	1.789	1.619	929
	<b>Total de Atend.</b>	<b>4.792</b>	<b>5.734</b>	<b>5.886</b>	<b>11.596</b>	<b>8.633</b>	<b>7.704</b>

Fonte: Relatórios de acompanhamento dos procedimentos executados pelos CEO-R do Estado do Ceará

### 3.1 ANÁLISE DA CORRELAÇÃO LINEAR ENTRE OS CUSTOS TOTAIS DAS UNIDADES E NÚMEROS TOTAIS DE ATENDIMENTOS

Para estabelecimento da correlação linear bivariada foram considerados os valores dos custos totais das unidades, por semestre, estimados e alcançados pelos CEO-R, e os números totais de atendimentos semestrais, também estimados e alcançados pelas unidades estudadas.

**Quadro 1** – Correlação Tau-b de Kendall-Custo das Unidades e Total de Atendimentos.

Procedência das Relações	Coefficiente de Correlação	Valor de Significância
ESTIMATIVA SESA	-,802*	,023
CEO-R ACARAÚ	-,200	,287 (NS)
CEO-R BATURITÉ	1,000**	-
CEO-R JUAZEIRO	,067	,425 (NS)
CEO-R RUSSAS	-,200	,287 (NS)
CEO-R UBAJARA	,467	,094 (NS)

\* Correlação é significativa ao nível de 0,05

\*\* Correlação é significativa ao nível de 0,01

(NS) Não significativa

Pelas correlações estabelecidas, pode-se observar que, quanto às variáveis estimadas pela SESA/CE, houve entre elas um relacionamento negativo entre os custos totais e os números de atendimentos,  $\tau = ,023$ ,  $p < 0,05$ . Estes dados confirmam que essas variáveis estiveram inversamente relacionadas; ou seja, enquanto os custos aumentaram, diminuiu a perspectiva de produção de atendimentos da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará.

Outra comparação que também estabeleceu correlação linear de Tau-b de Kendall ocorreu nos dados do CEO-R de Baturité, onde as variáveis foram positivas e diretamente relacionadas, apresentando um coeficiente de correlação significativo e valor de significância  $p < 0,01$ .

As demais correlações não exibiram coeficiente de correlação significativa entre suas variáveis, custos totais e números de atendimentos, não tendo sido observada relação entre o aumento e/ou diminuição de uma variável com o aumento e/ou diminuição da outra variável.

### 3.2 ANÁLISE DA CORRELAÇÃO LINEAR ENTRE OS CUSTOS COM INSUMOS E NÚMEROS DE ATENDIMENTOS DE PRIMEIRAS CONSULTAS

Para a realização dessa correlação linear bivariada, foram considerados os valores dos custos totais com Insumos das unidades por semestre, estimados e alcançados pelos CEO-R e os números totais de atendimentos de Primeiras Consultas semestrais, também estimados e alcançados pelas respectivas unidades estudadas. Cada correlação foi realizada individualmente para que fosse possível a identificação das prováveis relações entre as citadas variáveis, tendo sido realizadas, também, seis correlações para essas variáveis (Quadro 2).



**Quadro 2** – Correlação Tau-b de Kendall-Custo com Insumos das Unidades e Número de Primeiras Consultas.

<b>Procedência das Relações</b>	<b>Coefficiente de Correlação</b>	<b>Valor de Significância</b>
ESTIMATIVA SESA	-,669*	,045
CEO-R ACARAÚ	,600*	,045
CEO-R BATURITÉ	-,067	,425 (NS)
CEO-R JUAZEIRO	,200	,287 (NS)
CEO-R RUSSAS	,333	,174 (NS)
CEO-R UBAJARA	-,200	,287 (NS)

\* Correlação é significativa ao nível de 0,05; \*\* Correlação é significativa ao nível de 0,01; (NS) Não significativa

Fonte: Elaboração própria

Com as correlações estabelecidas, pode-se verificar que as variáveis estimadas pela SESA/CE e aquelas realizadas pelo CEO-R de Acaraú apresentaram entre elas o mesmo valor de significância,  $\tau = ,045$ ,  $p < 0,05$ , para o período estudado. No entanto, mostraram relacionamentos diferentes entre suas bivariáveis. Na correlação com os dados estimados da SESA houve relacionamento negativo entre os custos com Insumos e os números totais de atendimentos de Primeiras Consultas, o que explicita que suas variáveis foram correlacionadas inversamente, ou seja, enquanto uma aumentou a outra diminuiu, ou vice-versa.

Já com os dados obtidos pelo CEO-R de Acaraú, a relação entre as variáveis se apresentou positiva, confirmando que estiveram diretamente correlacionadas. Logo, pode-se afirmar que quando os custos aumentaram ocorreu também crescimento da produção de atendimentos de Primeiras Consultas.

Nas demais unidades de CEO-R não foram observadas correlações significativas entre as variáveis custos com Materiais pelo tipo Insumos e números de atendimentos de Primeiras Consultas, não sendo possível verificar relação entre o aumento e/ou diminuição entre as bivariáveis.

Contudo, é necessário referir a dificuldade encontrada na realização da presente pesquisa, mesmo que dentre seus objetivos houvesse apenas o interesse de prestar um serviço de utilidade pública, promovendo uma maior transparência dos gastos e despesas bem como da alocação dos recursos públicos que foram repassados a seus órgãos. A importância de realização deste estudo tem ainda maior relevância considerando que, apesar dos CEO-R serem de responsabilidade compartilhada entre as três esferas de Governo, Federal, Estadual e Municipal, sua gestão é delegada a órgãos indiretos os Consórcios Públicos de Saúde cuja função principal é a de receber e ordenar os custos necessários para a manutenção dos serviços destas unidades. Isto reforça a necessidade de realização de acompanhamento contínuo desse estilo de gestão indireta bem como do investimento dos recursos públicos neles alocados.

Ainda sobre as dificuldades de execução do estudo, pode-se verificar falta de homogeneização da declaração e registro dos custos realizados. Cada Consórcio Público organizou suas despesas de maneira própria e sem seguir nenhum tipo de padrão predefinido. acontecimento que, além da potencialização das dificuldades de coleta dos dados, certamente, também atrapalha o acompanhamento deste tipo de gestão pelos órgãos competentes.

Por último, levanta-se a hipótese da necessidade de acompanhamento dos demais CEO-R que foram instalados no Estado e que não integraram a presente pesquisa, visto que também demandam avaliação da compatibilidade entre seus custos e os produtos que foram ofertados por eles às suas respectivas populações. Ressalta-se, ainda, a necessidade de publicização da transparência dos custos empregados na sua manutenção.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Oriundos do Programa de Expansão e Melhoria da Assistência Especializada do Governo do Estado do Ceará, e inéditos, no Brasil, no quesito gerência indireta de serviços de saúde na modalidade Consórcios Públicos de Saúde, os Centros de Especialidades Odontológicas Regionais são uma experiência exitosa, não só pelo sofisticado aparato odontológico oferecido à população cearense, mas, também, pela melhoria dos indicadores de produção em saúde bucal proporcionada por esses serviços.

No entanto, os resultados do estudo indicaram que houve divergência entre a perspectiva dos números estimados e os atingidos pelos CEO-R e seus consórcios gestores, tanto relativos ao custeio como às produções. Ainda foi possível identificar onde as falhas de alocação foram mais expressivas. Apesar da divergência, o custo total das unidades foi similar àqueles projetados pela SESA/CE, sugerindo que os recursos que foram mensurados além das necessidades tenham sido destinados para custear outras finalidades que não foram mensuradas ou foram insuficientes.

No que tange às produções, as expectativas das metas estipuladas se mostraram superestimadas quando comparadas às conseguidas pelos CEO-R, o que demonstra dificuldade de estabelecimento de metas possíveis de se atingir ou imprevisibilidade dos resultados, quando se trata de previsão de eventos com maior dependência dos fatores humanos. Deve ainda ser cogitada a hipótese de que essas produções de atendimentos tenham sido prejudicadas por serem essas unidades regionais e seus pacientes-clientes domiciliados em municípios vizinhos, podendo a falta de transporte público ter sido colaboradora para a não adesão ou a diminuição dos atendimentos odontológicos ofertados pelos CEO-R analisados.

Estudos analíticos dos modelos gestores dos serviços públicos de saúde, como este, promovem o acompanhamento e o melhoramento da gestão destas unidades assim como a publicização e transparência da destinação dos recursos empregados, possibilitando um redirecionamento das políticas públicas de saúde adotadas, tornando-as mais eficientes. Sua realização tem ainda maior relevância por se tratar de unidades de responsabilização compartilhada entre as três esferas de Governo, tendo sido sua gestão delegada a órgãos indiretos, neste caso, representados pelos Consórcios Públicos de Saúde. Isto reforça a necessidade de realização de acompanhamento contínuo desse estilo de gestão indireta, bem como do investimento dos recursos públicos investidos nessas instituições.

## 5. REFERÊNCIAS

ALEXANDRINO, M.; PAULO, V. **Direito administrativo descomplicado**. 16. ed. São Paulo: Método, 2008.

AMARAL, S. M. S.; BLATT, C. R. Consórcio Intermunicipal para a aquisição de medicamentos: impacto no desabastecimento e no custo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 799-801, fev. 2011.

BASTOS, C. R. A.; GAMBATE, D. B. **A revolução do Consórcio Público e suas consequências para a região do Caparaó Capixaba**. Muniz Freire, ES: Prefeitura Municipal de Muniz Freire, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso**. (Norma operacional da assistência à saúde, NOAS-SUS 01/02, Portaria MS/GM n° 373, de 27 de fevereiro de 2002, e regulamentação complementar). 2. ed. Brasília, 2002.

BRASIL. **O Sus pode ser o melhor plano de saúde**. Idec, 2 ed. 3ª. Reimpressão, Brasília, 2003.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. **Manual de Orientação: Consórcios Públicos em Saúde no Ceará; estratégia para o fortalecimento da regionalização da saúde**. Fortaleza, 2009.

CEARÁ. **Contrato de Programa do Consórcio Público Intermunicipal de Saúde da 21ª Microrregião do Estado do Ceará**. Fortaleza, 2010.

CEARÁ. **Contrato de Programa do Consórcio Público Intermunicipal de Saúde da 21ª. Microrregião do Estado do Ceará**. Fortaleza, 2012.

DIAS, A. A.; MARTINS FILHO, M. T.; SAMPAIO, J. J. C. **Políticas de saúde bucal no Ceará: história, aplicações e perspectivas**. Fortaleza: Editora da UECE, 2003.

GUIMARÃES, M. L. F. **Cuidados secundários em saúde bucal:** centros de especialidades odontológicas no Ceará, Brasil, 2008. 2010. 96p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2010.

IBAÑEZ, N.; VECINA NETO, G. Modelos de gestão e o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 1, p. 1831-1840, out. 2007.

JUNQUEIRA, S. R.; PANUTTI, C. M.; RODE, S. M. Oral health in Brazil – Part I: public oral health policies. **Braz. Oral Res.**, v. 22, n. 1, p. 8-17, fev. 2008.

LIMA, A. P. G. de. Os Consórcios Intermunicipais de Saúde e o Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Brasília, v. 16, n. 4, p. 985-996, 2000.

MEDEIROS, A. C.; ROSA, A. L. T.; NOGUEIRA, C. A. G. **Gestão pública por resultados:** uma análise comparativa entre os modelos do Ceará e do Canadá. Governo do Estado do Ceará, IV Encontro de Economia do Ceará em Debate, Fortaleza, 2008.

NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P. **Saúde bucal no Brasil muito além do céu da boca.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p.23-35.

PAIM, J. S. **O que é o Sus.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

PESSOA, F. C. H. Governo conclui os 18 CEOs Regionais anunciados para o Ceará. Maracanaú, 2013. Disponível em: <<http://www.maracanauagora.com.br/governador-conclui-os-18-ceos-regionais-anunciados-para-o-ceara>>. Acesso em: 19 dez. 2013.

RIBEIRO, J. M.; COSTA, N. R. Regionalização da assistência à saúde no Brasil: os consórcios municipais no Sistema Único de Saúde (SUS). **Planejamento e Políticas Públicas**, v. 22, n. 1, p. 173-220, jul. 2000.

SANTOS, R. J. **Custos com saúde bucal em centros de Saúde da Família de Fortaleza-Ceará**. 2012. 85 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2012.

SILVA, M. G. C. **Introdução à Economia da Saúde**. Fortaleza: UECE; Expressão, 2004.

SILVA, M. G. C. Economia da Saúde: da Epidemiologia à tomada de decisão. In: ROUQUAYROL, M. Z.; SILVA, M. G. C. **Epidemiologia e saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2013. p. 559-582.

## PARTE III

CORPO E NUTRIÇÃO: COMPORTAMENTO ALIMENTAR,  
ABORDAGEM EDUCATIVA E IMAGEM DE SI



## CAPÍTULO 10

### O PROFISSIONAL DE SAÚDE E EU: ANÁLISE DO PORTADOR DE DIABETES SOBRE A ABORDAGEM EDUCATIVA

Sabrina Dantas Sabry  
Helena Alves de Carvalho Sampaio

#### 1. INTRODUÇÃO

O diabetes, especificamente o Diabetes Mellitus tipo 2 (DM 2), é uma disfunção metabólica de múltipla etiologia, caracterizada por hiperglicemia crônica resultante da deficiência na secreção de insulina, na ação da insulina ou ambos (TOSCANO, 2004). Esta doença tem se elevado e espera-se, ainda, um maior incremento em todo o mundo. Na América Latina, há uma tendência de aumento da frequência entre as faixas etárias mais jovens cujo impacto negativo sobre a qualidade de vida e a carga da doença no sistema de saúde é relevante (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2015).

Em 1985, estimava-se que existissem 30 milhões de adultos com DM no mundo; este número cresceu para 135 milhões, em 1995, atingindo 173 milhões, em 2002, com projeção de chegar a 300 milhões no ano de 2030 (BRASIL, 2006).

Entre a população urbana da América Latina, a prevalência de diabetes se encontra entre 4 e 8% e é maior nos países ou zonas com um nível socioeconômico baixo ou médio. No entanto, os dados são escassos e a porcentagem de pacientes sem confirmação do diagnóstico está em redor de 30-50% e pode ser maior nas zonas rurais. No Brasil, foi estimado, no período 1998-2008, um aumento do coeficiente de prevalência de diabetes com elevação significativa, a partir da faixa etária de 40 a 49 anos, sendo maior na faixa etária de 70 a 79 anos, para ambos os sexos. Esta prevalência esteve em torno de 6,9% (FREITAS; GARCIA, 2012; BRASIL, 2012).

Nesse sentido, o aumento de indivíduos portadores de DM 2, nas diferentes faixas etárias e em vários níveis socioeconômicos, se configura como um grave problema de saúde pública (RODRIGUES; LIMA; NOZAWA, 2006).

As evidências apontam que as alterações no estilo de vida, com ênfase na alimentação e na ausência da prática de atividades físicas, associadas ao aumento da esperança de vida dos brasileiros são os principais fatores responsáveis pelo aumento da prevalência do DM 2 observado no país (SARTORELLI; FRANCO, 2003; PEREIRA, 2007).

A nutrição tem papel importante tanto na prevenção como no controle da afecção em questão, portanto, uma alimentação racional, que considere as necessidades do organismo e leve em conta as propriedades preventivas de alguns nutrientes é, hoje, um aspecto determinante de um estilo de vida saudável para as pessoas de diferentes grupos etários e, em muitos casos, um cuidado imprescindível, em grupos com afecção crônica ou aguda, como acontece no Diabetes

(McLELLAN, 2007; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015; IRIGUCHI *et al.*, 2009; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2015).

Nessa perspectiva, as ações educativas para o autocuidado em DM 2, quando conduzidas por profissionais de saúde capacitados, com suas competências delineadas no processo de aprendizagem, contribuem para o melhor controle metabólico do indivíduo, pois cabe àqueles a responsabilidade de produzir as condições favoráveis ao processo de aquisição de conhecimentos que possam levar a hábitos alimentares saudáveis, adesão à prática de atividade física e à promoção da saúde (SCAIN *et al.*, 2007).

De fato, algumas pesquisas junto aos profissionais de saúde reconhecem a importância das práticas educativas na condução do tratamento do DM 2, citando-as como estratégia eficaz no acompanhamento da doença bem como alternativa para lidar com a crescente demanda de atendimentos individuais, ainda que alguns relatem dificuldades em relação ao planejamento, condução e avaliação deste processo (SANTOS; TORRES, 2012).

A postura do profissional é determinante, portanto, para a efetividade de uma prática educativa para usuários com DM 2. A maneira como este profissional recebe o indivíduo, ou seja, o acolhimento do usuário, a sua criatividade na condução do processo assim como a flexibilidade são atitudes que podem definir a condução da prática para que esta se torne efetiva (SANTOS; TORRES, 2012).

É fundamental que a equipe de saúde, aí inseridos todos os profissionais que atuam dentro da equipe, entenda como o paciente diabético constrói seu comportamento ali-

mentar, a fim de poder delinear um plano de atendimento interdisciplinar bem sucedido, tendo em vista que a compreensão de barreiras e de facilitadores para as mudanças comportamentais poderá subsidiar intervenções para promover ou fortalecer condições favoráveis à adesão (TORRES; PEREIRA; ALEXANDRE, 2011). Por isto, surgem os seguintes questionamentos: Como estão sendo realizadas as ações de educação em saúde para as pessoas com diabetes? Como estão sendo compreendidas essas orientações profissionais? Quais as barreiras para o seguimento das ações educativas?

Portanto, a proposta do presente estudo envolve a análise da abordagem educativa realizada pelos profissionais de saúde, na forma como é percebida pelo paciente diabético, no que tange à compreensão das orientações dadas e às dificuldades enfrentadas em relação ao plano alimentar proposto. Trata-se de um recorte da dissertação “Comportamento e concepção alimentar de pacientes diabéticos à luz do Discurso do Sujeito Coletivo” desenvolvida por Sabry (2012), no Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará.

## **2. PERCURSO METODOLÓGICO**

Trata-se de um estudo transversal, de natureza qualitativa, com coleta de dados primários. Inicialmente, utilizou-se como estratégia de organização dos dados o Discurso do Sujeito Coletivo, com a utilização do software QualiQuantiSoft®.

A análise do Discurso do Sujeito Coletivo começou pela identificação das Expressões Chaves (ECH), que são

fragmentos do discurso do *corpus* em análise para identificar os sentidos. Uma vez que as ECH foram identificadas no corpus, criou-se os sentidos de cada um dos grupos homogêneos de expressão chave (de mesmo sentido). As ideias centrais (IC) foram, então, nomeadas. Elas foram resgatadas através de descrições diretas do sentido do depoimento, revelando o que foi dito, ou através de descrições indiretas ou mediadas, que revelaram o tema (categoria) do depoimento ou sobre o que o sujeito estava falando.

Seguiu-se a interpretação dos dados com a utilização da técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 1977) norteada pelos seguintes passos:

1) Pré-análise: fase de organização, que pode utilizar vários procedimentos como leitura flutuante, hipóteses, objetivos e elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação;

2) Exploração do material: codificação dos dados a partir das unidades de registro;

3) Tratamento dos resultados e interpretação: categorização que consiste na classificação dos elementos segundo suas semelhanças e por diferenciação, com posterior reagrupamento, em função de características comuns.

A apresentação dos resultados qualitativos ocorreu em forma de temáticas emergidas das falas dos participantes. Neste capítulo, serão enfatizados os depoimentos referentes à abordagem do profissional de saúde ao indivíduo com Diabetes.

Este estudo foi desenvolvido no Centro de Saúde da Família (CSF) Maria de Lourdes Jereissati, doravante chamado CSF – MLJ, localizado na Regional VI, da cidade de

Fortaleza-Ceará. A escolha deste território se deve ao fato de corresponder a uma alta proporção (42%) do território de Fortaleza, com população estimada em 600 mil habitantes.

A população de diabéticos cadastrada no CFS – MLJ, segundo informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), coletadas no local em outubro de 2011, era de 499 pessoas. Os usuários incluídos na pesquisa foram os adultos e idosos, de 20 a 85 anos, diagnosticados com Diabetes Melittus tipo 2.

Constituíram critérios de inclusão: ser portador de Diabetes Melittus tipo 2 diagnosticado há, no mínimo, três anos, podendo ser do sexo masculino ou feminino e ter entre 20 e 85 anos. Os três anos foram determinados aleatoriamente, buscando evitar envolver pessoas que ainda não tivessem tido tempo de convivência com a doença para ter conhecimentos sobre a mesma assim como sobre o tratamento, incluindo-se a dieta alimentar. Como a literatura é omissa quanto a este tempo, optou-se por três anos.

Dada a escassez de estudos similares ao aqui proposto, a amostra foi determinada considerando o estudo de Fontinele *et al.* (2007), que investigaram a inter-relação entre o conhecimento dos pacientes diabéticos e alimentação adequada e verificaram que 69% dos indivíduos pesquisados tinham conhecimento sobre a alimentação adequada. Assim, considerando-se a proporção amostral de 69%, o nível de significância de 5%, o erro amostral de 6% e o tamanho da população, de 499 pacientes diabéticos, e utilizando-se a fórmula para o cálculo amostral de população finita, encontrou-se como resultado final um total de 157 pacientes a serem entrevistados.

Na primeira etapa, foram levantados, junto aos sujeitos da pesquisa, dados de identificação, socioeconômicos (sexo, idade, escolaridade, renda, ocupação) e associados ao controle da doença (glicemia de jejum e/ou hemoglobina glicada) para caracterizar a amostra. Não foi possível acessar as fichas dos pacientes, em razão do CSF – MLJ não possuir prontuário eletrônico assim como não dispor dos dados completos no seu outro setor de cadastramento, o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HiperDia).

Os dados quantitativos foram armazenados em um banco de dados no programa *Microsoft Office Excel* (versão 2007), analisados por meio do programa SPSS (versão 17.0) e apresentados em tabelas de frequências simples e percentual.

Na segunda etapa, realizou-se uma entrevista individual e semiestruturada. Os participantes foram entrevistados em seus domicílios, de acordo com o horário de sua conveniência, nos meses de abril a julho de 2012.

Atendendo aos pressupostos éticos e de acordo com a Resolução n° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), vigente à época do delineamento do estudo (atualmente Resolução n° 466/12), toda informação coletada através das entrevistas teve a garantia de confiabilidade de modo a não permitir a identificação e garantir a segurança das pessoas envolvidas na pesquisa. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará e, apenas depois da aprovação, as entrevistas foram iniciadas. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido também foi elaborado, segundo a citada Resolução, e foi assinado por todos os indivíduos que concordaram em participar do estudo.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

#### 3.1. CARACTERIZAÇÃO DOS INDIVÍDUOS ENTREVISTADOS

Os indivíduos entrevistados foram caracterizados segundo variáveis socioeconômicas e demográficas. Os dados estão apresentados na Tabela 1.

Participaram do estudo 113 (72%) mulheres e 44 (28%) homens. A maioria, 89 (56,7%), tinha mais de 60 anos. O fato de a maioria dos pacientes entrevistados ser do sexo feminino (72,0%) e mais da metade apresentarem idade acima de 60 anos, coincide com dados de estudos realizados junto a indivíduos diabéticos (RODRIGUES, 2011; VIDEIRA, 2011). Este resultado pode indicar, de maneira geral, que as mulheres buscam mais os serviços de saúde do que os homens e possuem um maior comportamento de busca para o autocuidado (PERES; FRANCO; SANTOS, 2008). São elas que transmitem os saberes e práticas acerca da manutenção da saúde e também, normalmente, cuidam da saúde dos seus familiares e mesmo vizinhos e amigos (PERES; FRANCO; SANTOS, 2008). A faixa etária representada por idosos pode ser, de certa forma, pela característica da doença de acometer indivíduos a partir dos 45 anos, em sua manifestação mais comum (SOUZA; CHALITA; REIS, 2003).

Em relação à escolaridade, 47 (29,9%) não tinham nenhum estudo ou haviam estudado menos de um ano; a maioria, 90 (57,3%), tinha estudado por 4 a 7 anos.

Quanto à ocupação, destacaram-se os aposentados, 72 (45,9%) e atividades do lar, 51 (32,5%). Em “outros” – 20 pessoas (12,7%) foram citadas: desempregado – 5 (3,2%), costureira – 2 (1,3%), serviços gerais – 2 (1,3%), artesã, au-



tônomo, borracheiro, capoteiro, doméstica, faxineira, marceiro, militar, pedreiro, soldador e vendedor, com uma citação (0,6%) cada um.

No tocante ao nível educacional, a escolaridade dos indivíduos avaliados foi baixa, considerando que a maioria (87,2%) tinha até 7 anos de estudo, o que corresponde ao ensino fundamental incompleto. Chama também a atenção que quase um terço (29,9%) dos participantes tinham nenhum ou menos de 1 ano de estudo.

**Tabela 1** – Caracterização socioeconômica e demográfica do grupo entrevistado (n = 157). Diabéticos cadastrados no Centro de Saúde da Família Maria de Lourdes Jereissati, Fortaleza, CE, 2012.

Variável	Categoria	Número	Percentual
Sexo	F	113	72,0
	M	44	28,0
Faixa etária (anos)	< 40	8	5,1
	40-60	60	38,2
	> 60	89	56,7
Escolaridade <sup>1</sup>	Analfabeto/ < 1 ano	47	29,9
	1 – 3 anos	4	2,5
	4 – 7 anos	90	57,3
	8 – 10 anos	15	9,6
	11 anos a mais	1	0,6
Ocupação	Aposentado	72	45,9
	Do lar	51	32,5
	Pensionista	8	5,1
	Comerciante	6	3,8
	Outros	20	12,7
Tempo de doença (anos)	3-10	118	75,2
	11-18	19	12,1
	19-26	15	9,6
	≥ 27	5	3,1
Glicemia de jejum (mg/dL)	Até 130	27	17,2
	120– 160	41	26,1
	161-230	43	27,4
	230 ou mais	37	23,6
	Não Informado	9	5,7
Total		157	100,0

<sup>1</sup> (IBGE, 2010)

Fonte: Elaboração própria

Baixa escolaridade está presente em estudos que focalizam o indivíduo portador de diabetes usuário do Sistema Único de Saúde, embora os pontos de corte utilizados por alguns deles (SARTORELLI; FRANCO; CARDOSO, 2006; FERREIRA; FERREIRA, 2009; SIMÕES, 2012) não sejam os mesmos adotados no presente estudo, em que se categorizou os indivíduos de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010).

A discussão comparativa da escolaridade é pertinente, uma vez que esta facilita o acesso da pessoa à informação, além de poder propiciar uma melhor compreensão das mensagens recebidas (FIGUEIREDO; JAIME; MONTEIRO, 2008). Vallecillo (2007) afirma que a escolaridade dos pacientes é de extrema importância para a aplicação do tratamento farmacológico e, especialmente, na educação alimentar. Alguns estudos confirmam que pessoas com maior nível de educação formal aderem mais ao tratamento e apresentam melhor controle metabólico (DELAMATER, 2006). O menor nível de escolaridade também dificulta o acesso a melhores empregos, submetendo-as a funções pouco remuneradas.

No presente estudo, 78% dos diabéticos não exerciam atividades de trabalho fora do lar (45,5% aposentados e 32,5% em atividades do lar). Resultado similar foi encontrado por outros autores: no estudo de Simões (2012), havia 33,3% de indivíduos aposentados e igual percentual de indivíduos sem atividade remunerada; Rodrigues (2011) computou 52,0% aposentados e 24,4% sem atividade remunerada.

Baixo nível socioeconômico e de escolaridade pode representar um fator limitante para o tratamento, principal-

mente em relação ao plano alimentar, devido ao alto custo. De acordo com Tavares, Dias e Araújo (2009) o baixo nível socioeconômico aliado à baixa escolaridade constituem fator determinante para a pessoa diabética negligenciar as recomendações prescritas pelo nutricionista ou profissional de saúde. A complexidade do cuidado exigido requer um indivíduo informado, capaz de procurar, obter e compreender informações necessárias.

No que diz respeito ao tempo de diagnóstico da doença, a grande maioria, 118 (75,2%), tinha de 3 a 10 anos, ou seja, esses indivíduos já conviviam há algum tempo com o problema. Outros pesquisadores encontraram que a maioria dos seus pesquisados tinha tempo de doença de, pelo menos, 6 anos (RODRIGUES, 2011), maior ou igual a 5 anos (VALLECILLO, 2007) ou tempo menor do que o encontrado no presente estudo, como de, no máximo, 5 anos de diagnóstico (ASSUNÇÃO; SANTOS; GIGANTE, 2001). Logicamente, isto depende do critério de inclusão adotado em cada estudo. A ausência de um cadastro completo no CSF-MLJ inviabiliza saber se a maioria aqui encontrada com 3-10 anos de doença também representa a maioria dos atendidos no Serviço.

O tempo de doença possui uma relação inversa com a adesão ao tratamento. Quanto maior o tempo de diagnóstico, menor a prevalência de adesão ao tratamento e maior o risco de complicações advindas de um insatisfatório controle metabólico (DROUMAGUET; BALKAU; SIMON, 2006). Isto pode ocorrer por uma acomodação na convivência com a doença fazendo com que o indivíduo perca o medo de complicações agudas, não atentando para o surgimento

precoce de complicações crônicas com a menor adesão ao tratamento.

Quanto à glicemia de jejum, de acordo com a American Diabetes Association (2015) e a Sociedade Brasileira de Diabetes (2015) é tolerável para pacientes com diabetes valores até 130mg/dl. A utilização de quatro categorias, como exposto na Tabela 1, se deveu ao fato de a maioria não só estar com os valores acima do tolerado como, em muitos deles, esta elevação ser bastante pronunciada, distanciando-se muito do patamar máximo.

Apenas 17,2% dos participantes tinham glicemia dentro dos limites aceitáveis para o paciente diabético, segundo o critério aqui adotado. Percentual menor foi encontrado por Batista, Priore e Rosado (2005), que foi de 8,4%, embora este autor tenha considerado glicemia aceitável valores maiores que 126mg/dL.

A caracterização global dos pacientes entrevistados aponta para um perfil de pessoas vulneráveis, sob o ponto de vista da idade, da escolaridade, da situação econômica (dada a prevalência de aposentados e exercício de trabalho no lar) e de controle metabólico.

### 3.2 PERCEPÇÃO DOS ENTREVISTADOS SOBRE A ABORDAGEM EDUCATIVA

As principais categorias que emergiram a partir da fala dos entrevistados, destacadas neste capítulo, fazem referência à percepção da educação em saúde realizada pelos profissionais com caráter restritivo e impositivo, dificultando o seguimento de uma alimentação saudável. Foi enfatizada,

também, a influência da questão financeira na escolha alimentar. Serão detalhadas estas temáticas a seguir.

### 3.3 IMPOSIÇÃO NAS ORIENTAÇÕES DE SAÚDE

Percebeu-se, nos relatos dos participantes, que as orientações dos profissionais de saúde foram recebidas como uma ordem a ser seguida, sem nenhuma reflexão, entendimento ou questionamento associado. O profissional é percebido como ditador do comportamento, do “não pode”. Mesmo que a orientação seja no sentido de controlar o excesso de determinados grupos alimentares (cereais, frutas, doces e gorduras), os entrevistados não percebem o condicional, absorvendo apenas a imposição negativa. Os participantes deste trabalho também destacaram que esta imposição exerce uma grande influência sobre suas decisões com relação às escolhas alimentares, como demonstram as falas:

No café da manhã é café com leite, adoçante e bolacha, pão não, porque tiraram, a Doutora tirou. Na verdade ela disse que eu comesse um pão no café e seria o suficiente. Então, como meu carioquinha. Mas, eu tive com a doutora agora e ela disse que tudo quanto é massa vira açúcar quando cai no sangue, até brinquei com ela: “Pois, então eu tô encurralado pra morrer”.

Almoço arroz, não como feijão, a médica disse que era pra mim não comer, não como carne também, só poucas vezes. A médica disse para eu não comer carne encarnada e fazer tudo cozido, então como mais peixe cozido.

O doutor da alimentação disse que refrigerante eu não posso tomar mais. Eu como fruta, mas tem fruta que eu não gosto. Eu só como fruta que eu gosto. As que eu gosto mais são melancia e banana, mas foi logo a que o doutor disse que eu não podia comer, então deixei de comer. Haja sofrimento.

Barsaglini (2008) também faz referência à imposição médica, quando cita que o paciente, no seu estudo de caso, se deparou, após o diagnóstico, com imposição de regras (“ter de”) ao comportamento alimentar. Embora demonstrasse disposição para segui-las, elas se revelaram incompatíveis com o padrão alimentar anterior. Os valores médicos e os da cultura de origem do paciente se antagonizaram, impedindo-o de seguir uma dieta restritiva. Outros estudos, como os de Pontieri e Bachion (2010) e Ribas, Santos e Zanetti (2011), também ressaltaram o posicionamento autoritário dos profissionais diante das recomendações alimentares.

Marcelino e Carvalho (2005) encontraram resultados similares, constatando que a recomendação da alimentação dos participantes dos seus estudos é percebida como restritiva e unilateral, sendo muito diferente do padrão alimentar adotado antes do advento da enfermidade.

Vale ressaltar, como comentou Santana, que o proibido parece acirrar o desejo, “[...] o sabor do proibido faz mais doce o mel [...]. Da proibição surge o desejo, e desse desejo surge a transgressão. Na verdade a proibição aguça o objeto do desejo, quanto mais proibido mais desejado se torna”. Para a autora, a transgressão e o desejo alimentar estão

sempre presentes na vida da pessoa portadora de diabetes: “esse mesmo desejo faz o diabético sofrer, reprimir, salivar, esquecer, transgredir, mentir, negar, admitir, sentir prazer, controlar e sentir culpa” (2002, p. 54; 59).

Cyrino (2009) alerta sobre os termos que devem ser evitados na relação terapêutica médico-centrada, atentando para os desvios, próprios da tradição funcionalista, como é o caso de “obediência” ou “submissão” às ordens médicas.

Em razão da complexidade do comportamento alimentar, não se deve, simplesmente, suprimir alimentos ou preparações que são parte das práticas alimentares estruturadas dos sujeitos (GARCIA, 2005).

As normas alimentares não podem ser tão restritivas e radicais, como as expressas pelos participantes deste estudo, pois, conforme Marcelino e Carvalho (2005), o controle intenso dos cuidados restritivos não é tão fácil de ser colocado em prática e pode se tornar estressante e desnecessário, quando os participantes se defrontam com a dualidade dos desejos impulsivos de fazer aquilo que desejam e as normas a serem seguidas.

Ao contrário da relação do modelo médico-centrado, que pressupõe passividade do adoecido para aceitar e seguir as recomendações, o ideal é o paciente fazer julgamentos e esperar um conhecimento específico do profissional ajudando-o a se cuidar, mas não excluindo o autoconhecimento dos seus problemas (BARSAGLINI, 2008). Esta modalidade de interação médico-paciente, que pressupõe ajuda mútua e participação efetiva do adoecido, se mostra mais apropriada às doenças crônicas em geral (NUNES, 2003).

Além dos aspectos ligados à ordem médica citados, vale lembrar que, praticamente, não há proibições ao diabético hoje, apenas se recomendando que excessos de alimentos não tão saudáveis sejam evitados, equilibrando o cardápio do dia a dia com a inclusão de fontes saudáveis, segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2015) e a American Diabetes Association (2015). Por exemplo, melancia não é proibida, mas não pode ser consumida em grande quantidade; o mesmo se aplica à linguiça, ao cuscuz, dentre outros alimentos. Dois questionamentos podem ser feitos: é mais fácil para o profissional proibir do que explicar quanto pode ser consumido e com que frequência? A orientação do profissional é de controle, mas é o paciente quem interpreta como proibição? São questionamentos que podem ser aprofundados no futuro, entrevistando profissionais e observando atendimentos.

Os resultados fornecidos pelo presente estudo remetem, também, a um panorama que sugere que, atualmente, a terapia nutricional está de certa forma massificada, os profissionais estão presos a conceitos e valores tradicionais, que não facilitam o processo de conhecimento dos pacientes a respeito da terapia que está sendo utilizada. Os pacientes recebem as prescrições de forma unilateral, deixando uma lacuna onde caberia a orientação, o diálogo e a construção do conhecimento, assim como demonstraram Pontieri e Bachion (2010). Exemplificando: controlar por quê? Como? O que acontece se não controlar? Qual a magnitude dos malefícios a curto, médio e longo prazo?



### 3.4 DIFICULDADE FINANCEIRA NA ESCOLHA ALIMENTAR

Os participantes destacaram que a falta de recursos financeiros impossibilitava a constante aquisição de alimentos saudáveis. Eles referiram um consumo baixo de frutas e verduras, tendo como umas das justificativas a ausência de condições financeiras para manter esse hábito alimentar, o que se pode perceber por estes depoimentos:

Meu almoço é almoço de pobre mesmo, não tem nada para comer, porque o dinheiro não dá, como o que tiver. É feijão, arroz, carninha aqui e acolá, carne pouca, galinha, às vezes, peixe. Mais é galinha. Verdura, como qualquer uma, chuchu, cenoura, beterraba, quiabo, no dia que tiver. Só que eu só posso comprar essas coisas no dia que tem dinheiro, não é todo dia.

Eu já pejei para receber um benefício do governo para ver se eu faço tudo bem direitinho, comer bem, comida que faz bem, mas até agora eu não consegui nada.

Tendo em vista a alta prevalência de idosos participantes do presente estudo, 89 (56,7%), havendo 72 (45,9%) aposentados, que, em geral, recebem um salário mínimo, muitas vezes estes pacientes não possuem condições materiais de consumir alimentos rigorosos, parafraseando Canesqui (2005), isto é, consumir alimentos bem cozidos, leite, verduras, frutas, carnes macias e tenras, por isto, eles continuam com a dieta alimentar que sempre tiveram ou mesmo com teor nutritivo inferior, pois a aposentadoria reduz o poder aquisitivo do trabalhador.

O poder aquisitivo é um componente decisivo para a aquisição de alimentos e citado como uma justificativa limitante da compra e da frequência de consumo de determinados tipos de alimento (SANTOS; ARAÚJO, 2011). Santos, Gouveia e Portella (2009) também reforçam essa ideia ao constatarem, no seu estudo, que mulheres com menor renda *per capita* ingeriram mais cereais e feijão, enquanto as mais ricas apresentaram maior consumo de hortaliças, frutas e laticínios. Desta forma, concluíram que, quanto maior a renda, maior a diversidade alimentar. Portanto, há uma tendência de que as famílias com melhor situação socioeconômica consumam mais frutas e verduras do que as de baixa renda.

Além da dificuldade em adquirir alimentos básicos, os depoentes acrescentam a dificuldade para comprar produtos dietéticos. Como disseram Pontieri e Bachion (2010), muitas vezes, ao receber as primeiras orientações sobre a alimentação adequada, o diabético se depara com a sua condição financeira como uma barreira intransponível.

Em contrapartida, independentemente das dificuldades financeiras, Lock, Pomerleau e Causer (2005) revelam que o consumo desejado de verduras e frutas ainda é muito limitado no Brasil. Desde a antiguidade e em muitas comunidades, estes alimentos são considerados secundários, pois não dão saciedade e não satisfazem as necessidades alimentares. Gomes (2007) reforça esta questão comentando que comer verduras e frutas envolve mudança de comportamentos que atinge valores e experiências anteriores. Portanto, os determinantes e constituintes do risco e seus conceitos agregados como perigo, medo, confiança e proteção devem ser avaliados.

Sabendo-se que valores culturais das práticas alimentares são mais difíceis de serem modificados, cabe, ao profissional que acompanha estes pacientes, ter a habilidade de propor aquisições acessíveis, de acordo com as condições financeiras do indivíduo (TORRES-LÓPEZ; DÍAZ; MORENO, 2005).

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O número de pessoas com, pelo menos, uma condição crônica de saúde tem se mostrado um grande desafio para os serviços de saúde, no contexto da atenção básica, para os profissionais e para a sociedade. O diabetes mellitus tipo 2, em especial, requer do paciente portador e de todos os envolvidos no cuidado ao diabético, esforço para a manutenção de um bom controle glicêmico e metabólico no intuito de minimizar, a curto e a longo prazo, possíveis complicações.

Este estudo mostra a importância de se reorientar as competências dos profissionais de saúde nas práticas educativas em diabetes, por meio de capacitação, de educação permanente e do fortalecimento do trabalho em equipe.

As práticas educativas devem valorizar a troca dialógica entre os profissionais de saúde e o indivíduo para a promoção do autocuidado da doença. As orientações devem objetivar, antes de tudo, conhecer o indivíduo, seus hábitos de vida, suas práticas de gerenciamento do cuidado. Devem ser realizadas de acordo com as necessidades de cada indivíduo, a partir da verbalização dos mesmos, levando-se em conta a sua autonomia: mais do que transferir conhecimentos, o educador deve abrir espaço para que seu público construa as suas próprias perspectivas.

Diante disso, fica explícita a necessidade de buscar novas estratégias educativas que possibilitem que a pessoa com diabetes, além de obter o conhecimento para o manejo da doença, possa incorporá-lo no seu dia a dia, ou seja, que o conhecimento adquirido possa transformar sua atitude frente à doença.

Almeja-se que o presente estudo possa levar a uma maior reflexão sobre os processos de educação em saúde, objetivando uma atenção mais integral não só ao paciente portador desta afecção, mas a todos os pacientes que convivem com outras doenças crônicas que demandam adaptações definitivas de estilo de vida.

## 5. REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION – ADA. Standards of Medical Care in Diabetes – 2015. **Diabetes Care**, v. 38, suppl. 1, p. S1-S94, 2015.

ASSUNÇÃO, M. C.; SANTOS, I. N.; GIGANTE, D. P. Atenção primária em diabetes no Sul do Brasil: estrutura, processo e resultado. **Rev Saúde Públ.**, v. 35, n. 1, p. 88-95, 2001.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: 70, 1977.

BARSAGLINI, R. A. Socio-anthropological analysis of living with diabetes: a case study. **Interface – Comunic Saúde Educ.**, v. 12, n. 26, p. 563-577, 2008.

BARSAGLINI, R. A; CANESQUI, A. M. A alimentação e a dieta alimentar no gerenciamento da condição crônica do diabetes. **Saúde Soc.**, v. 19, n. 4, p. 919-932, 2010.

BATISTA, M. C. R.; PRIORE, S. E.; ROSADO, L. E. F. P. L. *et al.* Avaliação dietética dos pacientes detectados com hiperglicemia na “Campanha de Detecção de Casos Suspeitos de Diabetes” no município de Viçosa, MG. **Arq Bras de Endocrinol Metab.**, v. 50, n. 6, p. 1041-1049, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.** Brasília, Diário Oficial da União, 11 out. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Série A. Normas e Manuais Técnicos. **Diabetes Mellitus: Caderno de Atenção Básica n. 16,** Brasília, 2006. 56p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2012: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022.** Disponível em: <portal.saude.gov.br>. Acesso em: out. 2012.

CANESQUI, A. M. Mudanças e permanências da prática alimentar cotidiana de famílias de trabalhadores. In: CANESQUI, A. M.; GARCIA, R. W. D. (Org.). **Antropologia e nutrição: um diálogo possível.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 167-210.

CYRINO, A. P. **Entre a ciência e a experiência: uma cartografia do autocuidado no diabetes.** São Paulo: UNESP, 2009.

DELAMATER, A. M. Improving patient adherence. **Clinical Diabetes**, v. 24, n. 2, p. 71-77, 2006.

DROUMAGUET, C.; BALKAU, B.; SIMON, D. *et al.* Use of HbA1c in predicting progression to diabetes in French men and women: data from an Epidemiological Study on the Insulin Resistance Syndrome (DESIR), v. 29, n. 7, p. 1619-1625, 2006.

FERREIRA, C. L. R. A.; FERREIRA, M. G. Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde – análise a partir do sistema HiperDia. **Arq Bras Endocrinol Metab.**, v. 53, n. 1, p. 80-86, 2009.

FIGUEIREDO, I. C. R.; JAIME, P. C.; MONTEIRO, C. A. Fatores associados ao consumo de frutas, legumes e verduras em adultos da cidade de São Paulo. **Rev Saúde Públ.**, v. 42, n. 5, p. 777-785, 2008.

FONTINELE, R. S.S; PERES, L. C. L; NASCIMENTO, M. A. B; BONI, M. S. Avaliação do conhecimento sobre alimentação entre pacientes com diabetes tipo 2. **Comum.Ciênc. Saúde.** v. 18, n. 3, p. 197-206,2007.

FREITAS, L. R. S.; GARCIA, L. P. Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998, 2003 e 2008. **Epidemiol. Serv. Saúde.**, v. 21, n. 1, p. 7-19, 2012.

GARCIA, R. W. D. Alimentação e saúde nas representações e práticas alimentares do comensal urbano. In: CANESQUI, A. M.; GARCIA, R. W. D. (Org.). **Antropologia e nutrição: um diálogo possível.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 211-225.

GOMES, F. S. Frutas, legumes e verduras: recomendações técnicas versus constructos sociais. **Rev Nutr.** v. 20, n. 6, p. 669-680, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo Demográfico 2010:** características da população e dos domicílios. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

IRIGUCHI, E. K. K. *et al.* **Nutri.Informa – educação nutricional para diabéticos e hipertensos, colaborando com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM)**. Encontro Internacional de Produção Científica Cesumar. Centro Universitário de Maringá, Paraná, 2009. [http://www.unicesumar.edu.br/epcc2009/anais/edna\\_kiyomi\\_kassuya\\_iriguchi2.pdf](http://www.unicesumar.edu.br/epcc2009/anais/edna_kiyomi_kassuya_iriguchi2.pdf).

LOCK, K.; POMERLEAU, J.; CAUSER, L. *et al.* The global burden of disease attributable to low consumption of fruit and vegetables: implications for the global strategy on diet. **Bull World Health Organ.**, v. 83, n. 2, p. 100-108, 2005.

MARCELINO, D. B.; CARVALHO, M. D. B. Reflexões sobre o Diabetes tipo 1 e sua relação com o emocional. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 18, n. 1, p. 72-77, 2005.

McLELLAN, K. C. P. Diabetes mellitus do tipo 2, síndrome metabólica e modificação no estilo de vida. **Rev Nutr.** v. 20, n.5, p. 515-524, 2007.

NUNES, E. D. A Sra. Tomasetti, Bloom e um projeto de ensino pioneiro. **Ciênc Saúde Colet.**, v. 8, n. 1, p. 287-297, 2003.

PEREIRA, P. M. H. **Avaliação da atenção básica para o Diabetes Mellitus na Estratégia Saúde da Família**. Recife, 2007. 113f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – CpqAM/FIOCRUZ/MS, 2007.

PERES, D. S.; FRANCO, L. J.; SANTOS, M. A. *et al.* Social representations of low – income diabetic women according to the health-disease process. **Rev Latino-am Enfermagem.** v. 16, n. 3, p. 389-395, 2008.

PONTIERI, F. M; BACHION, M. M. Crenças de pacientes diabéticos a cerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 15, n. 1, p. 151-160, 2010.

RIBAS, C. R. P.; SANTOS, M. A.; ZANETTI, M. L. Representações sociais dos alimentos sob a ótica de pessoas com diabetes mellitus. **Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology**, v. 45, n. 2, p. 255-262, 2011.

RODRIGUES, F. V. L. **Conhecimentos e atitudes de usuários com diabetes mellitus em uma Unidade Básica Distrital de Saúde de Ribeirão Preto – SP**. Ribeirão Preto, 2011. 120f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2011.

RODRIGUES, T. C.; LIMA, M. H. L.; NOZAWA, M. R. O controle do *diabetes mellitus* em usuários de Unidade Básica de Saúde. **Ciência, cuidado e Saúde**, v. 5, n. 1, p. 41-49, 2006.

SABRY, M.O.D. **Influência do feriado prolongado sobre o consumo alimentar, composição sorporal e desencadeamento ou agravamento de excesso ponderal**. Fortaleza, 2012. 160p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)- Universidade Estadual do Ceará/ Universidade Federal do Ceará/ Universidade de Fortaleza, 2012.

SANTANA, M. G. O desejo, o controle e o limite: possíveis enfrentamentos no cotidiano diabético. In: SANTANA, M. G. (Org.). **Rede de saberes em diabete e saúde: um exercício de interdisciplinaridade**. Pelotas: Edição Independente, 2002. p. 53-72.

SANTOS, A. F. L.; ARAÚJO, J. W. G. Prática alimentar e diabetes: desafios para a vigilância em saúde. **Epidemiol Serv Saúde**, v. 20, n. 2, p. 255-263, 2011.

SANTOS, C. R. B.; GOUVEIA, L. A. V.; PORTELLA, E. S. *et al.* Índice de Alimentação Saudável: avaliação do consumo alimentar de diabéticos tipo 2. **Nutrire**, v. 34, n. 1, p. 115-129, 2009.

SARTORELLI, D. S.; FRANCO, L. J. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. **Cad Saúde Públ.**, v. 19, n. 1, p. 29-36, 2003.



SARTORELLI, D. S.; FRANCO, L. J.; CARDOSO, M. A. Intervenção nutricional e prevenção primária do diabetes mellitus tipo 2: uma revisão sistemática. **Cad Saúde Públ.**, v. 22, n. 1, p. 7-18, 2006.

SCAIN, S. F. *et al.* Type 2 diabetics patients attending a nurse educator hav improved metabolic control. **Diab Res Clin Pract**, v. 77, n. 3, p. 394-404, 2007.

SIMÕES, W. A. **Concepções e práticas de mulheres portadoras de diabetes mellitus no contexto da atenção primária à saúde.** Porto Alegre, 2012. 128f. Dissertação (Mestrado Profissional em Epidemiologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2014-2015.** Sociedade Brasileira de Diabetes, 2015. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/images/2015/area-restrita/diretrizes-sbd-2015.pdf>>. Acesso em: ago. 2015.

SOUZA, L. J.; CHALITA, F. E. B.; REIS, A. F. F. *et al.* Prevalência de diabetes mellitus e fatores de risco em Campos dos Goytacazes, RJ. **Arq Bras Endocrinol Metab.**, v. 47, n. 1, p. 69-74, 2003.

TAVARES, D. M. S.; DIAS, F. A.; ARAÚJO, L. R. *et al.* Perfil de clientes submetidos a amputações relacionadas ao diabetes mellitus. **Rev Bras Enferm.**, v. 62, n. 6, p. 825-830, 2009.

TORRES, H. C.; PEREIRA, F. R. L.; ALEXANDRE, L. R. Avaliação das ações educativas na promoção do autogerenciamento dos cuidados em diabetes mellitus tipo 2. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 5, p. 1077-1082, 2011.

TORRES-LOPES, T. M. T.; DÍAZ, M. S.; MORENO, M. P. “Sangre y azúcar”: representaciones sobre la diabetes de los enfermos crónicos en un barrio de Guadalajara, México. **Cad. Saúde Públ.**, v. 21, n. 1, p. 101-110, 2005.

TOSCANO, C. M. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 885-895, 2004.

VALLECILLO, J. M. **Conocimientos, actitudes y prácticas de los pacientes diabéticos**: programa dispensarizados en los 6 centro de salud del SILAIS Estelí – Nicaragua, Mayo a Junio del 2007. Nicaragua, 2007. 51f. Dissertação (Maestria en Salud Pública) – Universidad Nacional Autonoma de Nicaragua, 2007.

VIDEIRA, J. M. F. **Diabetes mellitus, complicações e o nível socioeconômico e cultural**. Coimbra. 2011. 121f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, 2011.

WARDLE, J.; PARMENTER, K.; WALLER, J. Nutrition knowledge and food intake. **Appetite**, v. 34, n. 3, p. 269-75, 2000.

## CAPÍTULO 11

### O COMPORTAMENTO ALIMENTAR E O CONTROLE GLICÊMICO DE DIABÉTICOS

Cícera Beatriz Baratta Pinheiro

Sabrina Dantas Sabry

Daianne Cristina Rocha

Helena Alves de Carvalho Sampaio

#### 1. INTRODUÇÃO

Alterações nos hábitos alimentares podem ser percebidas nos mais diversos lugares do mundo como uma das séries de eventos associados advindos do processo de globalização e que contribuiu para o aumento da incidência e prevalência de doenças crônicas degenerativas, como o diabetes mellitus, que exige assistência contínua na tentativa de reduzir riscos e controlar os níveis glicêmicos no sangue (MIRANZI *et al.*, 2008; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2011).

De acordo com a *World Health Organization* (1999) – Organização Mundial de Saúde (OMS) – e a *American Diabetes Association* (2011), o diabetes mellitus é um grupo heterogêneo de distúrbios resultante da deficiência na secreção, na ação da insulina ou mesmo de ambas as situações, que apresenta como característica principal a hiperglicemia crônica em consequência das alterações no metabolismo de carboidratos, proteínas e lipídeos. Seus sintomas básicos são:

polidipsia, poliúria, polifagia e visão turva. (MIRANZI *et al.*, 2008).

A ADA (2011) classifica o diabetes por sua etiologia em quatro categorias: Diabetes tipo 1 (DM1); Diabetes Tipo 2 (DM2); Diabetes gestacional; e outros tipos específicos de diabetes. Dos quatro tipos, os mais frequentes são os do tipo 1 e tipo 2. Este último, de acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (2015) corresponde a 90% dos casos e será o foco principal de nosso estudo, por se tratar do único que poderia ser, de fato, evitado.

A SBD (2015) relata ser difícil o DM 2 em grandes populações, mas, estima que, no mundo, existam 382 milhões de pessoas convivendo com diabetes e que, até 2035, esta marca deve atingir os 471 milhões.

Evidências apontam que alterações no estilo de vida, com ênfase na alimentação e na redução ou mesmo ausência da prática de atividades físicas, associadas ao aumento da esperança de vida dos brasileiros são os principais fatores responsáveis pelo aumento da prevalência do DM 2 observado no país (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

O diabetes tipo 2 é resultante do comprometimento da secreção de insulina ou da redução da sensibilidade tecidual a ela (MIRANZI *et al.*, 2008). Geralmente, isto se deve a uma redução das reações intracelulares em que a insulina deveria se ligar a receptores especiais na superfície das células, iniciando uma série de reações que findariam no metabolismo da glicose, quer por estímulo à sua captação pelos tecidos quer pela regulação de sua liberação pelo fígado (SMELTZER; BARE, 2005).

De acordo com Smeltzer e Bare (2005), apesar de a secreção de insulina estar comprometida no diabetes tipo 2, há uma quantidade mínima existente que é capaz de evitar a clivagem de lipídeos e a produção de corpos cetônicos. Eles vão ainda mais além e dizem que se acredita na influência genética sobre os mecanismos que levam o organismo a resistir à insulina ou a reduzir a sua secreção, mesmo estes mecanismos ainda sendo desconhecidos.

O diabetes tipo 2 é uma doença progressiva e lenta, que pode surgir em qualquer idade, principalmente após os 40 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015). Porém, para a maioria dos pacientes, é descoberto por acaso (SMELTZER; BARE, 2005), acarretando inúmeros prejuízos ao paciente, pois, até a descoberta, pode já haver alterações orgânicas importantes (ADA, 2011).

É importante o diagnóstico correto e precoce, pois podem ser adotadas medidas terapêuticas que venham a evitar não só o aparecimento de doenças nos indivíduos com tolerância à glicose diminuída, mas, também, retardar o aparecimento de complicações (ADA, 2011; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

Uma vez que tenha sido diagnosticado o diabetes, os pacientes iniciam vários tipos de tratamento na tentativa de controlar o aumento glicêmico e atingir o melhor controle metabólico possível. Este deve ser entendido como decorrente não só do bom controle glicêmico, mas, também, da boa adesão ao tratamento farmacológico, nutricional e de atividade física (VERAS, 2009).

Para que o paciente seja considerado como tendo um bom controle metabólico, a sua glicemia de jejum vinha

sendo estabelecida em valores até 130mg/dl, a pós-prandial <160mg/dl e a hemoglobina glicada abaixo de 7% (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2013). Recentemente, no entanto, estes valores foram alterados e os parâmetros para diagnóstico estabelecidos pela SBD (2015) são de <sup>3</sup>126 mg/dl para a glicemia de jejum e >200mg/dl para a pós-prandial. Os padrões para confirmação pela hemoglobina glicada também sofreram alterações, sendo considerado diabético indivíduo com valores <sup>3</sup>6,5% (SBD 2015).

No que tange à terapia nutricional, ela é essencial para o tratamento e tem o objetivo de controlar a ingestão calórica total, contribuindo para a manutenção do peso e de níveis adequados de glicose, hemoglobina glicada e lipídios no sangue (SBD, 2015; ADA, 2011).

O acompanhamento nutricional é fundamental para o paciente diabético cujo plano alimentar deve ser individualizado, a fim de chegar a resultados mais efetivos e melhorar a qualidade de vida. O seguimento adequado das recomendações nutricionais assegura o bom controle metabólico e, conseqüentemente, contribui para a saúde do paciente (ADA, 2011).

No que concerne ao aporte calórico, não há diferenças entre diabéticos e não diabéticos quanto ao cálculo das calorias a serem ingeridas. Ou seja, deve-se, da mesma forma, considerar o peso, a idade e a atividade física que deve estar presente, independente da necessidade de perda ou da simples manutenção do peso. A mudança de comportamento, em ambos os casos, é crucial para a manutenção da saúde (SBD, 2015).

A proporção de carboidratos, proteínas e gorduras pode ser alterada de forma a atender aos objetivos individuais metabólicos e as preferências da pessoa com diabetes, mas, em geral, segue uma dieta normal. Nas diretrizes da SBD (2015) é proposto: 45 a 60% de carboidratos (mínimo de 20g/dia de fibras ou 14g para cada 1000 calorias ingeridas; até 10% de sacarose); até 30% de lipídeos (menos de 7% do tipo saturado, até 10% insaturado e completando-se com monoinsaturado); 16 a 18% de proteínas; recomenda-se, ainda, que o colesterol seja ingerido em quantidade inferior a 200mg por dia. Não há uma total unanimidade nas diretrizes de cada país.

A ADA (2011), por exemplo, não fecha quantitativos de carboidratos e gorduras totais, apostando em uma proporção de macronutrientes mais individualizada e que permita atingir as metas, ainda que calcada em uma dieta normal. Por outro lado, coincide com a SBD (2015) no que tange às recomendações quantitativas de fibras, proteínas, gorduras saturadas e colesterol. Além dos aspectos discutidos, há propostas ainda não inseridas como diretriz, como recomenda Viggiano (2006) quanto à adoção de outro padrão, a *Dietary Approaches to Stop Hypertension* (DASH), que dá ênfase ao consumo de alimentos naturais, com redução de sal e de lipídios, maior aporte de hortaliças e frutas associado a um estilo de vida mais saudável para aumentar a sensibilidade à insulina. Embora não consensual, a ADA (2011) cita esta alternativa como opção para a busca de bom controle metabólico.

A preocupação com lipídios e colesterol procede, considerando que o diabético tem maior propensão para

doenças cardiovasculares, devido à presença de fatores de risco como sobrepeso, obesidade, valores inadequados de circunferência abdominal, hipertensão arterial e dislipidemia (SILVA; SIMÕES; LEITE, 2007).

Tanto para a ADA (2011) como para a SBD (2015), a adequada ingestão de micronutrientes é fundamental, devendo ser obtida a partir da ingestão adequada de hortaliças e frutas.

No que tange ao consumo de álcool e ao perigo de sua ingesta, considerando que este pode induzir à hipoglicemia, recomenda-se que seu uso não ultrapasse duas doses diárias, para homens, e uma dose diária, para mulheres, antecedida (s) ou seguida(s) do consumo de carboidratos e, em alguns casos, de ajustes nas doses de insulina (SBD, 2015; ADA, 2011).

Dentro deste contexto, é preciso entender que comportamento alimentar e prática alimentar não são sinônimos. Segundo Amorim (2011), o comportamento deve ser entendido como um conjunto de práticas empiricamente observadas e inseridas em suas dimensões socioculturais e psicológicas. Já as práticas devem ser compreendidas como um conjunto de procedimentos que vão desde a seleção e o preparo até o consumo do alimento propriamente dito.

Os comportamentos, portanto, são mais abrangentes e incluem as práticas sob influência de fatores culturais, incluindo-se aí, princípios, costumes, valores, significados compartilhados e transmitidos tradicionalmente, em um contexto particularmente composto de elementos históricos, econômicos, sociais, políticos e geográficos da sociedade mais ampla (ANDERSON, 1991).



Desta forma, transportando-se a situação para os adoecidos, a relação destes com o alimento, com a alimentação e com as dietas alimentares prescritas não se guiam apenas por critérios racionais, como querem o saber médico e nutricional científicos, ocupados mais com os conteúdos funcionais da “nutrição” do que com a “comida”.

A alimentação saudável vai bem além de uma “receita pré-concebida e universalizada” (PINHEIRO, 2009). Ela deve respeitar atributos coletivos específicos, mas, também, individuais, impossíveis de serem massificados. Ou seja, as práticas alimentares devem ser orientadas pela significação social e cultural que cada indivíduo traz arraigada em si sobre alimentação saudável e cujo conceito, embora, tradicionalmente, se refira à dimensão biológica, deve ser considerado de forma complexa como um arraigado de dimensões: a social, a econômica, a afetiva, a comportamental, a antropológica e a ambiental que, conforme Canesqui (1994) justificam, muitas vezes, os hábitos e as ideologias alimentares que levam às opções adotadas por determinados grupos sociais em suas práticas e na organização de seu consumo doméstico. Pinheiro (2009) afirma que, diante do coletivo, uma alimentação saudável somente será adequada se envolver a subjetividade dos sujeitos sobre os modos de vida adequados, ou seja, se se amoldar às expectativas dos diferentes grupos sociais de uma sociedade.

Descobrir-se diabético é algo não muito fácil, repleto de conflitos, inconformismos e questionamentos, para a maioria das pessoas, pois indica romper, profundamente, sua biografia e seu autoconceito acerca de hábitos considerados comuns e saudáveis que foram introduzidos em sua vida, desde que veio ao mundo (AMORIM, 2011).

Entender as representações sociais e as subjetividades intrínsecas ao aspecto cultural que influenciam na alimentação dos portadores de diabetes e do ser humano como um todo é necessário para que se consiga prestar um atendimento integral a esse paciente ou ao portador de outras doenças crônicas, de forma que os profissionais possam reconhecer e interpretar o comportamento do homem como ser social, reduzindo as tensões e readaptando seus hábitos alimentares, considerando padrões individuais e culturais e não retirando das pessoas o prazer de comer (AMORIM, 2011).

Esperando contribuir para a melhoria da qualidade de vida de pessoas com diabetes tipo 2, de forma que os planos alimentares propostos possam considerar as dificuldades vivenciadas; buscou-se analisar o comportamento alimentar e o controle glicêmico dessa larga parcela da população.

## **2. PERCURSO METODOLÓGICO**

Este é um estudo transversal de natureza triangulada com abordagem analítica categorial temática e de enunciação, através da metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

A coleta de dados ocorreu de Maio a Junho de 2012, no Centro de Saúde da Família (CSF) Maria de Lourdes Jereissati, localizado na Secretaria Regional (SER) VI da cidade de Fortaleza-Ceará.

A amostra foi composta por 157 pacientes com idade superior a 18 anos, de ambos os sexos, cadastrados na unidade e diagnosticados com Diabetes Mellitus tipo 2, há, no mínimo, um ano. Foram excluídos os que apresentavam

dificuldades de comunicação, déficit cognitivo ou quaisquer alterações que dificultassem ou impedissem a compreensão e a participação na entrevista.

Através dos prontuários, levantou-se a idade e os dados mais recentes de glicemia de jejum os quais serviram de parâmetro para distribuir os pacientes em dois grupos. O Grupo 1 foi constituído pelos pacientes com glicemia de jejum no limite tolerado, que é até 126mg/dl. O grupo 2 reuniu os pacientes com glicemia de jejum maior que o limite citado.

Posteriormente, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da unidade agendavam visitas aos domicílios, para que os selecionados por amostragem intencional pudessem responder à entrevista semiestruturada, composta por duas perguntas norteadoras: 1) O que você come no seu dia a dia? 2) Você acha que a alimentação influencia no controle do diabetes? Para o presente estudo foram tabuladas e analisadas as respostas referentes à Pergunta 1, mesmo que estas tenham sido mencionadas na resposta à Pergunta 2.

A caracterização da amostra foi feita através da tabulação com análise estatística (teste Qui-quadrado ou p de Fisher, com nível de significância  $< 0,05$ ) dos dados referentes ao perfil sociodemográfico e clínico dos entrevistados.

Os dados de natureza verbal foram inseridos e organizados no software QualiQuantiSoft® que facilitou a delimitação das Expressões Chaves, a criação de blocos temáticos e a seleção de ideias centrais provisórias das 157 respostas. Ao final, 236 registros foram obtidos. Tal fato foi possível porque cada entrevistado pôde manifestar mais de uma ideia central em sua fala. Na sequência, foram elabora-

das as temáticas e as conexões com a ideia central e o DSC. A análise desta fase se deu por meio da técnica de análise de conteúdo temática e de enunciação (BARDIN, 2006).

Foram encontradas nove ideias centrais para ambos os grupos do estudo. Para representá-las, utilizou-se letras de A a I, seguidas pelos números 1 ou 2. A numeração se fez necessária já que cada ideia originou dois DSC (um referente ao grupo 1 e outro ao grupo 2) conforme se pode visualizar no Quadro 1.

**Quadro 1** – Exemplo da representação das Ideias Centrais e dos DCS formados por grupo.

<b>Ideia Central</b>	<b>DSC Grupo 1</b>	<b>DSC Grupo 2</b>
A – As práticas alimentares em seu cotidiano	DSC A1	DSC A2
B – A percepção do controle glicêmico	DSC B1	DSC B2
C – Manutenção de hábitos inadequados ao controle da doença	DSC C1	DSC C2
D – Experiências vivenciadas com a doença	DSC D1	DSC D2

Fonte: Elaboração própria

Este estudo integra o projeto “Experiências, concepções e práticas alimentares de pacientes diabéticos à luz do discurso do sujeito coletivo” que foi previamente submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Ceará. O aludido estudo foi norteado pelos princípios bioéticos contidos nos padrões éticos da Resolução n° 466/2012 do CNS que dispõe sobre a pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012).

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Predominou, em ambos os grupos, pessoas do sexo feminino, com idade superior a 60 anos e tempo de diagnóstico de, no mínimo, 1 ano até 10 anos.

No que diz respeito à escolaridade, 43,3% dos indivíduos apresentaram tempo de estudo de 4 a 8 anos. O que chamou a atenção, foi que 67,5% dos indivíduos do Grupo 1 tinham tempo de estudo inferior a 4 anos, enquanto o Grupo 2 absorveu 55% dos indivíduos com escolaridade de 4 ou mais anos.

No que concerne à ocupação, ambos os grupos tinham, em sua maioria, aposentados ou pessoas com atividade no lar. A renda das famílias não foi indagada, porém especula-se a baixa renda familiar, já que o trabalho no lar não é remunerado e a renda média do aposentado no Brasil é baixa. O último censo indicou que 11,3% da população brasileira são >60 anos e, destes, 64,1% são responsáveis pelo domicílio, 50,2% têm menos de um ano de instrução<sup>6</sup> e 43,2% uma renda média de até 1 salário mínimo

Quanto à distribuição geral dos grupos, a análise estatística somente mostrou diferença significativa quando considerado os anos de estudo, confrontando <4 e 4 ou mais com  $p = 0,016$  e quanto aos medicamentos usados, confrontando uso exclusivo de hipoglicemiantes orais ou sem uso de medicamentos com o uso de insulina e insulina associada a hipoglicemiantes, com  $p$  de Fisher  $<0,001$ .

Tendo como ponto de partida a pergunta: “O que você costuma comer no seu dia a dia?” foram encontradas 236 expressões-chaves que remeteram a nove ideias centrais apresentadas na Tabela 1. Dentre as ideias mereceram destaque as ideias A e H.

**Tabela 1** – Expressões chaves por ideias centrais, segundo estratificação por nível glicêmico, obtidas a partir das falas de pessoas com diabetes, cadastrados no Centro de Saúde da Família Maria de Lourdes Ribeiro Jereissati da Regional VI de Fortaleza, Ceará, 2012.

Ideias Centrais	Γρουπο 1 (v=37) Γλυχεμια £126 μγ/δλ	Grupo 2 (n=120) Glicemia >126 mg/dl
	Número %	Número %
A. As práticas alimentares em seu cotidiano	53 (55,21%)	77 (55,00%)
B. A percepção do controle glicêmico	1 (1,04%)	2 (1,42%)
C. Manutenção de hábitos inadequados ao controle da doença	3 (3,12%)	12 (8,60%)
D. Experiências vivenciadas com a doença	4 (4,17%)	4 (2,85%)
E. As dificuldades financeiras impedindo a manutenção dos hábitos alimentares saudáveis	6 (6,25%)	7 (5,00%)
F. Prazer e rejeição alimentar	7 (7,29%)	13 (9,28%)
G. A influência médica nas práticas alimentares	6 (6,25%)	6 (4,28%)
H. A percepção da quantidade de alimento consumido	15 (15,63%)	14 (10,00%)
I. Mudança de hábitos alimentares em decorrência da descoberta da diabetes	1 (1,04%)	5 (3,57%)

Fonte: Elaboração própria

### 3.1. A ALIMENTAÇÃO

As práticas alimentares relatadas indicam uma alimentação sem muitas variações, seguindo um padrão considerado tradicional brasileiro, à base de feijão com arroz.

O achado coincide com o estudo de base populacional do IBGE (2010), sobre análise do consumo alimentar pessoal no Brasil que mostra que, independente da região, são consumidos com maior frequência: arroz (84%), café (79%), feijão (72,8%) e carne bovina (48,7%). Segundo Freitas, Minayo e Fontes (2013), ao alimentar-se de pratos tradicionais, o indivíduo além de dar conta da própria sobrevivência, se sente seguro, reconhecendo sua identidade social.

Segundo Seyffarth (2006), uma alimentação para ser balanceada deve conter todos os nutrientes (carboidratos, proteína, gordura, sais minerais e vitaminas) distribuídos entre os alimentos que integram os seis grupos da pirâmide alimentar (grãos, hortaliças, frutas, leite e derivados, carnes e substitutos e o grupo das gorduras – óleos e extras). A quantidade deve ser suficiente para atender às necessidades do organismo, respeitando as indicações relacionadas à faixa etária, atividade, sexo, estado metabólico, entre outros, que devem ser analisados e avaliados pelo profissional nutricionista para especificar a dieta mais adequada ao indivíduo (BRASIL, 2006).

Neste estudo, apenas um paciente referiu ser acompanhado por nutricionista, porém foi relatado que este acompanhamento acontece a cada seis meses e o profissional não integra a Equipe Saúde da Família, responsável pela área em questão.

Dentre os alimentos citados nos discursos de ambos os grupos, as hortaliças são pouco consumidas e as frutas, o leite e seus derivados integram pelo menos os três lanches. Os cereais, por sua vez, no Grupo 1 da população do estudo, são adicionados apenas no lanche da tarde. Já o jantar apresenta três opções: igual ao almoço, igual ao desjejum ou sopa. O Grupo 2 ainda acrescenta como variação arroz com ovo e bacon, conforme pode ser visualizado nos trechos seguintes:

[...] De manhã [...] tomo [...] meu copo de leite desnatado ou integral, tanto faz; também misturo o café com leite [...] Às vezes tomo amargo outras vezes com adoçante [...] No almoço, é o que tiver. Arroz, feijão, macarrão, carne, soja, peixe ou frango [...] A carne pode ser torrada ou cozida, mas é mais torrada. Aí como só um pedacinho. Quando é galinha, eu tiro o couro e como só o branco. A galinha é cozida sem sal e sem óleo. Quando dá pra comprar como verdura... Mas, muitas vezes só como a verdura que coloco no feijão. Eu tomo suco de uva ou laranja. Ah! Farinha também, eu não posso comer muita, como pouquinha às vezes [...] À tarde [...] quando eu merendo é variado. Pode ser café com adoçante ou amargo; leite, que nem sempre é desnatado; e duas a oito bolachas cream cracker. Às vezes tomo suco com um pedaço de pão carioquinha sem miolo. Tem dias que como mais de três pães por dia; fatia, bolo mole, tapioca ou cuscuz. Às vezes frutas ou iogurte. A janta vai variando.



Às vezes é a mesma coisa do almoço [...] Mas, eu prefiro merendar [...] Tem dias que faço sopa de verdura, frango ou feijão [...] (dscA1).

O açúcar é evitado, mas não excluído da alimentação desses pacientes.

No que tange ao número de refeições, a SBD (2015) recomenda que esses pacientes realizem 6 refeições ao dia fracionadas em 3 principais e 3 lanches. Deve-se dar preferência para alimentos grelhados, assados e cozidos. Os produtos *diet e ligh*t devem ser indicados dentro do plano alimentar.

No entanto, como pode ser observado no trecho abaixo, extraído dos discursos, evidenciou-se ausência de rotina de horários, contribuindo para a omissão de algumas refeições. O Grupo 1, por exemplo, refere não realizar com frequência os lanches matutino, vespertino e a ceia. Em contrapartida, o Grupo 2 omite as refeições consideradas como principais (desjejum, almoço e jantar). Corroborando com isto, temos a seguinte fala:

[...] Minha fia, eu como de tudo! Como comida normal mesmo. Graças a Deus! Eu trabalho o dia todinho nesse caminhão fazendo entrega. Não tem esse negocio de parar para almoçar. Só venho comer quando chego de noite. Eu ainda tomo uma água ou um refrigerante sem ser zero... De manhã tem dias que não como nada [...] (dscD2).

É importante que se diga que os pacientes, em suas falas, demonstram certa consciência de que pular refeições provoca variações repentinas nos níveis sanguíneos de glicose, causando tontura, suor frio, dor gástrica, enfim, os sintomas da hipoglicemia. Isto é perceptível nos fragmentos de discurso que seguem:

[...] Eu não tenho hora para almoçar, aí quando começo a ver estrelinha e lembro-me de botar alguma coisa na boca, aí eu como alguma coisinha doce, alguma coisinha assim... Porque a minha tem tendência de baixar, aí eu passo mal, mas eu acho que é devido eu não controlar a minha alimentação, né?! Por isso, eu fico passando mal. (dscD1).

[...] não posso é ficar muito tempo sem comer nada. Quando passo mais de três horas sem me alimentar me dá uma tremedeira, eu fico suando frio aí eu tenho que comer nem que seja um chocolate [...] (dscD2).

Esta irregularidade também foi encontrada no estudo de Machado *et al.* (2011), realizado com 146 pacientes hipertensos e diabéticos, acompanhados em uma unidade de saúde no município de Várzea Grande, em Mato Grosso. Também se observou que, apesar do descaso para com a alimentação e com a aparente despreocupação em controlar os níveis glicêmicos, há relatos que evidenciam o uso de alimentos que, segundo a cultura popular, são considerados controladores glicêmicos, como é o caso do suco de carambola e do chá de colônia. Tais situações podem ser percebidas nos recortes listados a seguir.

[...] Jantar eu não janto sempre. Eu não gosto de jantar, Mas quando janto, eu como assim qualquer coisa, né? Qualquer coisa na boca tá bom! Tem dias [...] é o mesmo do almoço. Tem dias que vario e como só o arroz com ovo e bacon [...] Eu costumo tomar chá de colônia ou suco de carambola, porque ela baixa muito com suco de carambola, né?! Antes de dormir não costumo comer nada [...] (dsc A2)

Em outro momento, traduzido na fala “[...] às vezes, quando sobra dinheiro eu compro verdura e coloco também [...] a beterraba eu não costumo comprar porque ela é muito doce [...]” (dscA2), fica claro que a identificação com o saber popular também pode ser um problema para a execução de uma alimentação mais saudável. Assim, os pacientes absorvem informações que não condizem com o conhecimento científico e deixam de fazer uso de alimentos como a beterraba, por exemplo, que por ser considerada “carregada de açúcar”, é entendida, por eles, como ruim para o controle glicêmico.

Contrariamente, a beterraba é um alimento rico em vitamina A, B<sub>1</sub>, B<sub>2</sub>, potássio, fósforo e fibras, de acordo com Phillipi (2002), a beterraba é menos prejudicial aos diabéticos que uma cenoura, uma vez que 1 colher de sopa de beterraba cozida tem apenas 2g de carboidrato, em detrimento a 3 g, na mesma quantidade de cenoura.

### 3.2. TRANSGRESSÕES ALIMENTARES

Os dois grupos são bastante semelhantes, no que tange às práticas alimentares cotidianas. Por outro lado, o DSC dos integrantes do Grupo 2, considerando o conhecimento científico daquilo que pessoas com diabetes devem comer e devem evitar, é mais permeado de transgressões relacionadas à qualidade e à quantidade ingerida. Estudos como o de Vieira *et al.* (2011) afirmam que este tipo de atitude se associa a uma fonte de prazer, uma vez que o proibido é mais atraente. Tal fato pode ser evidenciado através da seguinte fala:

[...] Eu como tudo que eu tenho direito!!! Vou dizer logo, não faço dieta. Quando acordo eu como salgado, pão de carne, pão de milho com manteiga, broaca feita com manteiga, tapioca, bolo ou pão carioquinha com salsicha, mortadela, bacon ou ovo mexido com café e açúcar [...] (dscC2).

Apesar de a maioria (73,2 %) dos entrevistados ainda estar com até dez anos de doença, nota-se que além das maiores transgressões relatadas pelo Grupo 2, este também já se encontra em tratamento com associação de insulina ou insulina exclusiva. Habitualmente, a insulina não é associada como rotina terapêutica de primeira escolha, só devendo ser iniciada quando as tentativas de mudanças de hábitos, inserção de rotina de atividade física e a monoterapia com hipoglicemiantes orais não foram suficientes para o bom controle glicêmico (ADA, 2011; SBD, 2015; VIEIRA, *et al.*, 2011). Portanto, o que se percebe no Grupo 2 é o mau controle glicêmico, na presença de uma dieta menos adequada e em concomitância com uma terapêutica mais pesada.

Um paradoxo percebido é que o grupo com pior controle glicêmico é, também, o que apresenta melhor escolaridade. Considerando que havia um número muito pequeno de pessoas com a glicemia dentro dos limites aceitáveis, será isto um viés amostral? Ou a escolaridade não interfere nos comportamentos relatados, uma vez que não se trata de entender ou não as orientações, mas, sim, de querer ou não aderir a elas? Será, ainda, que é possível que a melhor escolaridade confira ao usuário a sensação de que tem melhor domínio sobre sua doença e sobre o momento certo de modificar comportamentos de risco? Estas são indagações que devem ser respondidas mediante o desenvolvimento de mais estudos com esta metodologia. No momento, há uma escassez destes estudos, pois a maioria trata diretamente sobre a influência da escolaridade no controle desta e de outras doenças crônicas, mas sem avaliar, em profundidade, a questão alimentar em relação ao seu significado junto a pessoas com tais doenças e quais os determinantes diretamente envolvidos nas práticas alimentares adotadas.

### 3.3. DIFICULDADES FINANCEIRAS INTERFERINDO NA MANUTENÇÃO DE HÁBITOS ALIMENTARES SAUDÁVEIS

A questão financeira nos discursos vem sempre sendo colocada como empecilho para a aquisição de hábitos alimentares mais saudáveis e condizentes com a situação de saúde dos entrevistados. Diante desta realidade, os primeiros alimentos eliminados da lista de compras são as hortaliças. Isso pode ser percebido nas falas a seguir:

[...] Verdura, não é todo dia que tem. Mas, quando tem dinheiro mando comprar, e eu como muita verdura. Mas fazer o que, se nem sempre dá? À noite eu janto peixe, galinha, sopa, o que tiver e mais nada [...] (dsc E1).

[...] Verdura só dá para comprar quando tem dinheiro. Mas, eu como qualquer uma. Basta eu ter dinheiro, como ontem, que aí eu compro. Agora, quando não sobra, eu não posso fazer nada [...] (dsc E2).

É fato comprovado que os problemas financeiros influenciam na hora de escolher o que comprar, porém, é visível que a disponibilidade alimentar de indivíduos com diabetes vai além daquilo que se pode, ou melhor, vai além do que “o dinheiro pode comprar”, uma vez que eles fazem questão de dizer: “Eu como de tudo!”. Como podemos perceber no fragmento da seguinte fala:

[...] Tem dia que eu como tudo. Tem outros que não como nada. Fez três dias hoje que eu nem almocei nem jantei. Não como nada! Porque não sinto vontade. Não tenho vontade de jeito nenhum... Fruta, eu num gosto de jeito nenhum. Mamão, então, esse é que eu não gosto mesmo. Às vezes eu ainda como uma banana ou uma pera. Costumo variar o que eu como. Porque eu enjojo... Outra coisa que não como é macarrão. (dscF1).

Sendo assim, entende-se que, realmente, o determinante na aquisição e no consumo do produto é a aceitação

ou não do sabor desses alimentos e o prazer que se vivencia ao ingerir outros.

### 3.4. INFLUÊNCIA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NAS PRÁTICAS ALIMENTARES

Para pessoas com diabetes, a educação alimentar é primordial para a conscientização da necessidade de mudança de hábitos e obtenção do controle glicêmico e metabólico adequado (DURAN *et al.*, 2010). Para isto, é preciso que os profissionais entendam, antes de tudo, a realidade cultural e até financeira de seus assistidos, buscando, assim, alimentos que substituam os habituais sem necessariamente encarecer ou tornar a dieta monótona e restritiva (SANTOS; ARAÚJO, 2011).

Os extratos abaixo evidenciam o entendimento quanto às orientações dos profissionais de saúde:

[...] Tento fazer o que a médica diz, mas macarrão eu não gosto e a Doutora disse que é melhor comer macarrão do que arroz, né?! Ela também disse para eu não comer feijão e evitar a carne encarnada. Ai, eu não como feijão e a carne como poucas vezes, só duas vezes na semana [...] (dsc G1).

[...] No café da manhã, eu tomo café com leite e adoçante com um pão carioquinha. Pois, a Doutora disse que era suficiente... Eu mandava comprar goma para fazer bolo de goma que não leva muito açúcar. Mas, a doutora agora disse que tudo quanto é massa vira açúcar quando cai no sangue. Eu até brinquei com ela. Pois, então eu tô

é encurralado pra morrer. Para o almoço, é uma comida básica mesmo. Feijão, arroz, macarrão eu não gosto muito. Minha filha faz carne moída, peito de frango, lombo ou carne cozida. O lombo a gente come só de vez em quando porque a doutora disse que não era para comer sempre. Ela também disse que não comesse manga e nem abacate porque aumenta a diabetes. E tudo aumenta a diabete. Ela tirou tudo e eu não posso comer nada [...] (dscG2).

Ainda analisando os trechos acima, pode-se perceber o entendimento relacionado à necessidade de se mudar hábitos. Porém, talvez eles não os coloquem em prática na tentativa de negar a doença ou mesmo de se mostrar no controle dela.

Foi perceptível, ainda, que o Grupo 2 questiona, com mais ímpeto, as orientações, de certa forma, impostas, posicionando-se até mesmo como vítimas de um profissional visto como tirano e responsável pelo dissabor de quem não pode comer o que quer e quando quer.

O trabalho educativo permanente junto ao paciente diabético é fundamental, mas deve ir além do que comer, quanto comer ou não comer. Os DSC dos pacientes aqui avaliados evidenciam que o processo educativo deve começar com a busca do entendimento do contexto que circunda o paciente atendido, destacando-se aí o aspecto cultural do estar saudável ou estar doente sob a ótica do paciente diabético e se perceber corresponsável na execução dos cuidados que irão manter o seu bem-estar. Portanto, a educação em



saúde deve ser entendida como fundamental para diabéticos do tipo 2, desde que leve em consideração o contexto de vida em que eles vivem como aqui delineado.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluída a análise dos discursos do sujeito coletivo verificou-se que este estudo é composto, em sua maioria, por mulheres com idade superior a 60 anos, sem atividade fora do lar, com até 8 anos de estudo e tempo de convívio com a doença inferior a 10 anos.

Também se percebeu que a maioria do grupo estava com mau controle glicêmico ( $>126\text{mg/dl}$ ), e utilizando terapia medicamentosa, principalmente constituída por hipoglicemiantes orais. Considerando a estratificação por níveis séricos de glicemia, percebeu-se que o grupo de pacientes com mau controle glicêmico ( $>126\text{mg/dl}$ ) detinha maior escolaridade e fazia mais uso de terapia medicamentosa, principalmente à base de insulina isolada ou associada a hipoglicemiantes orais do que os pacientes com controle glicêmico satisfatório ( $\leq 126\text{mg/dl}$ ).

Os comportamentos alimentares adotados pelos dois grupos colocam em risco a saúde, pois não há uma rotina alimentar estabelecida, no que tange a horários e número de refeições diárias, além de serem consumidos alimentos associados ao pior controle da doença em detrimento do consumo daqueles mais saudáveis, seja em qualidade seja em quantidade.

As transgressões alimentares são praticadas por ambos os grupos, mas são mais presentes entre os pacientes com

pior controle glicêmico (Grupo 2), o que pode explicar tanto a glicemia de jejum mais elevada como a necessidade de associação de insulina na rotina terapêutica medicamentosa.

Dentro dos discursos, foi possível vislumbrar as angústias e os dissabores de se estar diabético e as dificuldades de quem já tem tão pouco e ainda precisa abandonar hábitos presentes em sua vida, desde a infância. Os pacientes, de modo geral e independente do grupo, entendem as limitações impostas pela doença, entendem as orientações recebidas e entendem a influência de sua conduta alimentar sobre o controle da doença, mas não pautam tal conduta de acordo com esta compreensão, descortinando que o hábito e o prazer ligado à alimentação são os maiores determinantes da ingestão alimentar. A limitação financeira, por sua vez, é colocada como um “pano de fundo” para justificar e legitimar suas condutas.

Fica clara a necessidade de um atendimento mais especializado, multidisciplinar e transdisciplinar. É preciso conhecer mais de perto a população assistida. É importante que se abandone a proibição em prol da racionalização das escolhas alimentares no âmbito qualitativo e quantitativo. É fundamental que se relembre, durante todo o processo de acompanhamento do paciente diabético, que os hábitos alimentares começaram a ser formados na infância, que foram mantidos plenos de significados afetivos e que modificá-los abrupta e rigidamente, apenas favorecerá a prática das transgressões.

## 5. REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION – ADA. Standards of Medical Care in Diabetes, 2015. **Diabetes Care**, v. 38, suppl. 1, p. 11-82, 2011.

AMORIM, M. M. A. Representações sociais da alimentação das pessoas com Diabetes Mellitus. In: CONGRESSO LUSO-A-FRO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS. Diversidades e (Des)igualdades, XI. **Anais...** Salvador, Universidade Federal da Bahia, 2011.

ANDERSON, J. M. Women's perspectives on chronic illness: ethnicity, ideology and restructuring of life. **Social Science & Medicine**, v. 33, n. 2, p. 101-113, 1991.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução L. de A. Rego e A. Pinheiro. 70. ed. Lisboa, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: MS, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus. Série A. Normas e Manuais Técnicos. **Caderno de atenção básica n. 16**, Brasília, DF, 2006. 56p.

CANESQUI, A. M. Mudanças e permanências da prática alimentar cotidiana de famílias de trabalhadores. In: CANESQUI, A. M.; GARCIA, R. W. D. (Org.). **Antropologia e nutrição: um diálogo possível**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 167-210. 1994

DURAN, R. A. B. *et al.* Caracterização das condições de vida e saúde dos indivíduos diabéticos tipo II em uma Unidade de Saúde

da Família no município de Votuporanga, SP. **Investigação**, v. 10, n. 2, p. 23-30, 2010.

FREITAS, M. C. S.; MINAYO, M. C. S.; FONTES, G. A. V. Sobre o campo da alimentação e nutrição na perspectiva das teorias compreensivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 31-38, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Síntese dos indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira, 2010. Rio de Janeiro, 2010. Série Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica, n. 27.

MACHADO, A. D. *et al.* Estado nutricional e consumo alimentar de hipertensos e diabéticos em uma unidade de saúde do município de Várzea Grande, MT. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 2, n. 1, p. 305-317, 2011.

MIRANZI, S. S. C. *et al.* Qualidade de vida de indivíduos com Diabetes Mellitus e Hipertensão acompanhados por uma equipe de Saúde da Família. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 672-679, 2008.

PHILIPPI, S. T. **Tabela de composição de alimentos**: suporte para decisão nutricional. 4. ed. São Paulo: Manole, 2013.

PINHEIRO, A. R. O. A alimentação saudável e a promoção da saúde no contexto da segurança alimentar e nutricional. **Revista do CEBES**, Saúde em Debate, v. 29, n. 70, p. 125 -139, 2009. Disponível em: <<http://caemilioribas.files.wordpress.com/2009/09/a-alimentac3a7c3a3osaudc3a1vel-e-a-ps.pdf>>. Acesso em: 28 nov. 2012.

SANTOS, A. F. L.; ARAÚJO, J. W. G. Food practice and diabetes: challenge to surveillance in health. **Epidemiol. Serv. Saúde.**, v. 20, n. 2, p. 255-263, abr./jun. 2011.

SEYFFARTH, A. S. Os alimentos: calorias, macronutrientes e micronutrientes. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Manual de Nutrição (Manual do Profissional)**, 2006. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/livros-emanuais/550manual-de-nutricao-para-profissionais-de-saude>>. Acesso em: 25 nov. 2012.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica (Brunner & Suddarth)**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. v. 3.

SILVA, R. C. P.; SIMÕES, M. J. S.; LEITE, A. A. Fatores de risco para doenças cardiovasculares em idosos com diabetes mellitus tipo 2. **Revista de Ciência Farmacêutica Básica e Aplicada**, v. 28, n. 1, p. 113-121, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES – SBD. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2012-2013**. 3. ed. Barueri, SP: AC Farmacêutica, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES – SBD. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2014-2015**. 3. ed. Barueri, SP: AC Farmacêutica, 2015.

VERAS, V. S. **Avaliação do controle metabólico de pessoas com diabetes mellitus cadastradas em um programa de automonitorização da glicemia capilar no domicílio**. 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-09032010-164159/>>. Acesso em: 20 ago. 2013.

VIEIRA, C. M. *et al.* Significados da dieta e mudanças de hábitos para portadores de doenças metabólicas crônicas: uma revisão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3161-3168, 2011.

VIGGIANO, C. E. **Plano alimentar e diabetes mellitus tipo 2.** Manual de Nutrição (Manual do Profissional). Sociedade Brasileira de Diabetes, 2006. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/livros-e-manuais/550-manual-de-nutricao-paraprofissionais-de-saude>>. Acesso em: 25 nov. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complication.** Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Geneva: WHO, 1999.

## CAPÍTULO 12

### **CORPO, ASSERTIVIDADE E RELIGIOSIDADE: O AMBIENTE FAMILIAR ENVOLVIDO NA IN- SATISFAÇÃO COM A IMAGEM DE SI ENTRE UNIVERSITÁRIAS DA ÁREA DA SAÚDE**

**Nara de Andrade Parente  
Helena Alves de Carvalho Sampaio  
Soraia Pinheiro Machado Arruda  
Elzo Pereira Pinto Junior  
Antônio Augusto Ferreira Carioca**

#### **1. INTRODUÇÃO**

O objetivo deste capítulo é discutir a questão da imagem corporal entre estudantes da área da saúde e sua interface com o ambiente familiar. São poucos os estudos que avaliam a imagem corporal neste contexto. Trata-se de um recorte da dissertação desenvolvida no Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará (PARENTE, 2014).

A imagem corporal é um importante componente da identidade pessoal. É a forma pela qual o corpo se apresenta para si próprio. Ela é dividida em dois componentes: o perceptivo, que se refere à imagem construída na mente, e o atitudinal, que diz respeito aos sentimentos, pensamentos e ações em relação à imagem do corpo (KAKESHITA; ALMEIDA, 2006; GONÇALVES *et al.*, 2008; ALVARENGA *et al.*, 2010).

Saikali *et al.* (2004) apontam associação entre imagem corporal e desencadeamento de transtornos alimentares (TA), pois o contexto desencadeador de TA é resultado da combinação entre dinâmica familiar, meio cultural e aspectos da personalidade do indivíduo.

O sexo feminino é mais vulnerável às pressões sociais, econômicas e culturais associadas aos padrões estéticos e tem maior preocupação com a imagem corporal. O culto ao corpo e o consumismo são dois fatores apontados para a crescente insatisfação das mulheres com sua imagem corporal. De maneira geral, a sociedade rejeita, discrimina e reprova pessoas obesas, pois o ideal de corpo passou a ser a magreza, para as mulheres, e o corpo musculoso, para os homens. O corpo com padrão de sobrepeso passou a ser alvo de discriminação e é estigmatizado como produto de preguiça e falta de disciplina e motivação. Esta pressão para atingir o corpo ideal difundido como padrão de beleza leva à piora da imagem corporal, ao aumento do comer desordenado e a tentativas malsucedidas de controle de peso (GONÇALVES *et al.*, 2008; ALVARENGA *et al.*, 2010; GARCIA; CASTRO; SOARES, 2010).

A insatisfação corporal caracteriza a discrepância entre a imagem corporal real e a idealizada e é associada com sintomas depressivos, estresse, baixa autoestima, maior restrição alimentar e fuga da atividade física, indicando a importância de se avaliar esse parâmetro. As mulheres apresentam maior grau de insatisfação corporal assim como de transtornos alimentares, em relação aos homens (ALVARENGA *et al.*, 2010). Entre estes, há um risco maior em bailarinos, modelos, jôqueis, ginastas, nadadores, fisiculturis-



tas, corredores e lutadores de luta livre (PIRES *et al.*, 2010; ALVARENGA; SCAGLIUSI; PHILIPPI, 2010).

Entre os grupos com maior chance de desenvolver TA, destacam-se aqueles cujas atuações estão ligadas à preocupação exagerada com o peso ou à forma corporal como atletas, modelos, atrizes e nutricionistas. Acadêmicos de cursos universitários em que a aparência física é importante, como os cursos de Educação Física e Nutrição, também merecem atenção (GONÇALVES *et al.*, 2008; LAUS; MOREIRA; COSTA, 2009).

Nessa perspectiva, estudos vêm questionando se esses futuros profissionais que, na sua grande maioria, são mulheres jovens, por estarem constantemente preocupados com a imagem corporal, com o sobrepeso e com a alimentação podem ser mais suscetíveis ao desenvolvimento de transtornos alimentares (PENZ; BOSCO; VIEIRA, 2008; KIRSTEN, FRATTON; PORTA, 2009; PIRES *et al.*, 2010).

Sobre o contexto desencadeador de TA, sabe-se que há etiopatogenia multifatorial, com hipóteses da influência combinada da dinâmica familiar, do meio cultural e de aspectos da personalidade do indivíduo como fatores concorrentes para a predisposição, instalação e manutenção dos distúrbios. O alto nível de estresse dos estudantes de áreas das Ciências Biológicas e da Saúde, por conta da exagerada carga horária, das atividades curriculares e extracurriculares, da autocobrança e por serem estudantes de uma área relacionada à alimentação, nutrição e cuidados com a composição corporal, possivelmente contribui também para a maior prevalência de distúrbios alimentares nesta população. Por esta razão, a população de estudantes universitários merece

a atenção de estudos aferindo a autopercepção da imagem corporal bem como fatores de risco para transtornos alimentares neste grupo (PIRES *et al.*, 2010), aí incluído o ambiente familiar em que estão inseridos.

Diante do quadro delineado, percebe-se que a população de estudantes universitários da área de saúde, de maioria feminina, merece atenção especial quanto à investigação do ambiente familiar e da imagem corporal, pois constituem um grupo mais vulnerável tanto pelo curso escolhido, como pelo seu gênero. Tal investigação pode contribuir para prevenir TA entre elas e para a formação profissional e a futura prática, ao direcionar ações que possam auxiliá-las a perceber mais claramente o nexos existente entre TAs, distúrbios de imagem corporal e a preocupação exagerada com a forma física. Com o objetivo de esclarecer quais fatores podem induzir esta alteração da autoimagem, percebe-se a importância de investigar o ambiente familiar destes estudantes.

A verificação da inter-relação entre autoimagem corporal e ambiente familiar se torna importante visto que o ambiente familiar é parte formadora da autoestima do indivíduo. As características pessoais dos membros familiares, suas habilidades de enfrentamento e seu bem-estar podem afetar a qualidade das relações familiares. Assim, quando um membro da família apresenta um distúrbio emocional ou comportamental, provavelmente, todo o ambiente familiar é afetado. Portanto, pode influenciar a formação da imagem corporal, importante componente da identidade pessoal, e seu componente subjetivo que se refere à satisfação pessoal com seu tamanho corporal ou partes específicas de seu corpo. Ela pode ser definida como a imagem que se tem na me-

mória sobre o tamanho e a forma do próprio corpo, incluindo sentimentos em relação a essas características e a suas partes constituintes (KAKESHITA; ALMEIDA, 2006; GONÇALVES *et al.*, 2008; ALVARENGA *et al.*, 2010).

Mosquera e Stobaus (2006) discorrem sobre autoimagem e autoestima no ensino superior por trabalharem com aspectos da subjetividade e da afetividade humana. A autoimagem é o (re)conhecimento que fazemos de nós mesmos, como sentimos nossas potencialidades, sentimentos, atitudes e ideias e a autoestima é o quanto gostamos de nós mesmos, realmente nos amamos, nos apreciamos. Eles destacam alguns pontos importantes:

1) Ambas surgem no processo de atualização continuada da interação do sujeito em grupo, isto é, são interinfluências constantes que levam ao autoentendimento e entendimento do outro do modo mais real possível;

2) Ao possuírem melhor (mais real) e coerentes autoimagem e autoestima, os sujeitos terão a tendência a gostar mais dos outros seres humanos, a ser mais afetuosos e a tentar trabalhar ou mesmo cuidar muito mais de aspectos que consideramos mais positivos em si e nos outros;

3) As baixas autoestima e autoimagem se constituem em uma alteração de saúde grave, que favorecem o egoísmo e tendem a criar dependência, minando as relações interpessoais;

4) A autoimagem e a autoestima realistas no educador e no cuidador são, portanto, fundamentais para auxiliar educandos em desenvolvimento, pois eles poderão acreditar mais em suas potencialidades, ao se propor mais motivação

em sala de aula, e/ou na situação de cuidado, ao se colocar mais de si no ambiente de trabalho/cuidado;

5) Professores universitários assim como profissionais de saúde são formadores de opinião e são modelos de identidade para seus educandos, especialmente para os que estão no final da adolescência ou princípio da vida adulta, quando se sabe que têm muito ainda a aprender, em termos de si próprios, sobre seus valores, seus sentimentos e suas expectativas, sobre interações e relações com os outros;

6) P papel de um professor/profissional mais saudável, que tenha melhores e mais sadias relações interpessoais, deve, sem dúvida, levar os educandos/pessoas por ele cuidadas à autorrealização, para chegar a ser e se realizar e ajudar outros, em direção à educação mais inclusiva.

Percebe-se, então, como se apresenta este quadro no âmbito universitário, em que as estudantes se apresentam preocupadas em demasia com suas imagens, que representam o ter em detrimento do ser, o que pode interferir na qualidade de seu papel como estudante por este processo de preocupação exagerada com a imagem gerar desfavorecimento no desenvolvimento de autoimagem e autoestima, o que as tornaria desmotivadas e descontentes consigo mesmas. Nota-se, por outro lado, o papel do educador/cuidador que pode modificar este quadro quando há preocupação com a autoimagem e autoestima deste formador de opinião. Pode-se concluir, portanto, que este resultado de estudantes apresentando alterações com relação à percepção de sua autoimagem está intimamente ligado às percepções de seus educadores/cuidadores e pode se refletir nas futuras profissionais (educadoras/cuidadoras) que estas estudantes serão após a graduação.

## 2. PERCURSO METODOLÓGICO

A pesquisa foi realizada com estudantes dos Cursos da área de saúde da Universidade Estadual do Ceará (UECE) que foram abordados nas respectivas salas de aula onde se explicou em que consistia a pesquisa e fez-se o convite a participarem do estudo. Foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Além do nome e assinatura, o estudante informou o e-mail de contato para o envio do questionário. Não houve limite quantitativo para adesão ao convite, sendo aceitos todos os que manifestassem interesse em participar.

Foi utilizado um questionário formulado no Google Docs, composto por dados de identificação, imagem corporal e escala de ambiente familiar. Dentre os dados de identificação, foram incluídas as variáveis: idade, ano de ingresso no curso e estado civil.

Para a investigação da imagem corporal, foi utilizado o Questionário da Imagem Corporal, versão em português (CORDÁS; NEVES, 1999) do *Body Shape Questionnaire* (BSQ), por ter sido validado no Brasil e em grupo populacional semelhante, de estudantes universitários (DI PIETRO, SILVEIRA, 2009). O questionário é composto por 34 questões que devem ser respondidas pelo próprio entrevistado de acordo com uma legenda, com opções variando de “nunca” (correspondendo a 1) a “sempre” (equivalendo a 6). A pontuação varia de 0 a 204 e as categorias de intensidade de “Insatisfação com imagem corporal ausente” (0 a 80 pontos), “insatisfação de imagem corporal leve” (81 a 110 pontos), “insatisfação de imagem corporal moderada” (111 a 140 pontos) e “insatisfação de imagem corporal grave” (141 a 204 pontos).

A seguir foi aplicada a Escala de Ambiente Familiar (EAF), na versão traduzida e validada para o português por Vianna, Silva e Souza-Formigoni (2007) do instrumento original *Family Environment Scale* de Moos e Moos (1994). Neste estudo, foi utilizado o nome em português, para se referir a esta escala, pois os estudos nacionais em geral utilizam o nome traduzido. Esta escala é composta por 90 afirmativas que devem ser respondidas pelo próprio entrevistado com conceito de verdadeiro ou falso. São estabelecidos dez domínios de análise: *Coesão* (quesitos 1, 11, 21, 31, 41, 51, 61, 71 e 81); *Expressividade* (quesitos 2, 12, 22, 32, 42, 52, 62, 72 e 82); *Conflito* (quesitos 3, 13, 23, 33, 43, 53, 63, 73 e 83); *Independência* (quesitos 4, 14, 24, 34, 44, 54, 64, 74 e 84); *Assertividade* (quesitos 5, 15, 25, 35, 45, 55, 65, 75 e 85); *Interesses intelectuais* (quesitos 6, 16, 26, 36, 46, 56, 66, 76 e 86); *Lazer* (quesitos 7, 17, 27, 37, 47, 57, 67, 77 e 87); *Religião* (quesitos 8, 18, 28, 38, 48, 58, 68, 78 e 88); *Organização* (quesitos 9, 19, 29, 39, 49, 59, 69, 79 e 89); e *Controle* (quesitos 10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80 e 90). Não há ponto de corte, sendo os resultados comparados segundo a presença de maior ou menor número de pontos.

Para a avaliação de seus resultados, a EAF também pode ser distribuída em suas três dimensões: a) Relacionamento Interpessoal, que compreende 27 perguntas distribuídas em três domínios: 1. *Coesão*; 2. *Expressividade*; e 3. *Conflito*; b) Crescimento Pessoal, que compreende 45 perguntas distribuídas em 5 domínios: 1. *Capacidade de decisão*; 2. *Assertividade*; 3. *Interesses intelectuais*; 4. *Lazer*; 5. *Religião*; e c) Manutenção do Sistema, que compreende 18 perguntas distribuídas em dois domínios: 1. *Organização*; e 2. *Controle*.

Este instrumento foi selecionado por ser o mais utilizado atualmente, por sua fácil compreensão e aplicação, por avaliar a família em diferentes aspectos e por dar a possibilidade de ser aplicado em diferentes famílias.

O Google® Docs gera uma tabulação automática no Excel® for Windows para manter o total sigilo dos participantes. A tabulação final resultou em 243 questionários válidos (correta e completamente preenchidos).

Os dados tabulados no Google® Docs foram explorados inicialmente para a planilha de textos Excel®, versão 2007, da Microsoft. Nesta planilha foram verificados erros de digitação e possíveis inconsistências nos dados. Após as correções, a planilha do Excel® foi exportada para a análise estatística no software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®) versão 17.0, da IBM.

A análise estatística foi conduzida em três etapas: verificação da normalidade na distribuição dos dados, descrição das variáveis de interesse e análise inferencial bivariada.

Para testar a normalidade na distribuição dos dados, optou-se pelo uso do Teste de Kolmogorov-Smirnov, haja vista que a amostra é representada por um número grande de sujeitos. Neste teste, foi possível diagnosticar a não normalidade na distribuição dos dados, que indicou a necessidade do uso de estatística não paramétrica para as análises seguintes.

A análise descritiva dos dados envolveu o cálculo das frequências absolutas e relativas das variáveis categóricas. No caso das variáveis serem contínuas, calculou-se as medianas e os percentis 25 e 75.

A análise bivariada foi conduzida de acordo com o tipo das variáveis envolvidas. Para a investigação das diferenças das medianas das variáveis antropométricas (contínuas) em relação à classificação obtida no BSQ (variável dicotômica que aponta insatisfação ausente ou presente) e EAF aplicou-se o Teste de Mann-Whitney.

Além do Teste de Mann-Whitney, foi utilizado o Coeficiente de Correlação de Spearman para testar a existência da correlação entre os valores dos escores do BSQ e da EAF e os valores das medidas antropométricas. Além, ainda, das análises descritas, nos casos em que as duas variáveis em estudo eram categóricas, optou-se por usar o Teste do Qui-Quadrado de Pearson.

Para todos os testes realizados, as diferenças foram consideradas estatisticamente significantes se o p-valor do teste fosse menor que 0,05.

O estudo foi delineado de acordo com a Resolução 196/96 (BRASIL, 1996), vigente à época de sua submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UECE e está de acordo com a Resolução n° 466/2012 (BRASIL, 2012). O projeto foi aprovado sob o número 10724749-6. Os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa não apresentou risco à saúde dos pacientes envolvidos, pois não foram adotadas técnicas invasivas.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A insatisfação com o peso parece ter sido o maior determinante dos escores relativos ao BSQ, que denotaram



alta proporção de insatisfação corporal. Os estudantes com excesso ponderal apresentaram maior insatisfação. Em estudo de Silva *et al.* (2012), com 175 estudantes de Nutrição, utilizando o BSQ, detectou-se insatisfação em 36,6% das estudantes avaliadas; quando comparados os valores médios dos parâmetros antropométricos e de composição corporal, as estudantes com insatisfação corporal apresentavam médias de IMC maiores do que as alunas que não apresentavam insatisfação corporal.

Tabela 1 – Comparação de medianas dos dados das dimensões da Escala de Ambiente Familiar (EAF)<sup>1</sup> dos estudantes avaliados, segundo os resultados do Body Shape Questionnaire (BSQ)<sup>2,3</sup>, Fortaleza, 2014.

Variáveis EAF Domínio	BSQ	Fortaleza-BR			p-valor
		P25	Mediana	P75	
Coesão	1	5	7	8	0,944
	2	5	7	8	
Expressividade	1	4	5	7	0,653
	2	4	5	7	
Conflito	1	1	2	4	0,238
	2	1	2	3	
Independência	1	5	6	7	0,001
	2	5	6	7	
Assertividade	1	5	6	7	0,004
	2	4	5	4	
Interesses intelectuais	1	3	5	6	0,584
	2	3	4,5	3	
Lazer	1	3	5	7	0,313
	2	3	4	6	
Religião	1	5	7	8	0,031
	2	5	6	8	
Organização	1	4	6	7	0,893
	2	4	6	7	

Controle	1	4	6	7	0,225
	2		5	7	
<b>Dimensão</b>					
Relacionamento interpessoal	1	4,3	5,0	5,3	0,273
	2	3,7	4,7	5,3	
Crescimento pessoal	1	4,8	5,6	6,1	0,100
	2	4,8	5,4	6,0	
Manutenção do sistema	1	4,0	5,5	7,0	0,450
	2	4,0	5,5	7,0	

<sup>1</sup> Segundo Vianna, Silva e Souza-Formigoni (2007); <sup>2</sup> Segundo Di Pietro, Silveira (2009); <sup>3</sup> Categorias: 1 = Insatisfação corporal presente; e 2 = Insatisfação corporal ausente.

Alvarenga *et al.* (2010), avaliando a insatisfação corporal de universitárias brasileiras com participação de 2489 estudantes de todo o Brasil encontraram que 96,3% das estudantes com excesso de peso desejavam ter um tamanho menor. Neste estudo, outro método foi utilizado para verificar a imagem corporal, mas merece ser citado por sua abrangência e importância com relação ao estudo de imagem corporal entre universitários.

No estudo de Bosi *et al.* (2008) realizado com estudantes de Educação Física, as pontuações de BSQ tiveram média de 81 (DP = 33,5). No estudo de Garcia, Castro e Soares (2010), a média de pontos de BSQ foi de 80,33 ± 27,7, com insatisfação presente em 39,42% da amostra que era composta de estudantes de Nutrição.

Assim, a proporção de insatisfação com a imagem corporal detectada pelo BSQ no estudo atual é menor que as encontradas em outros estudos nacionais. Por outro lado, no presente estudo, foram incluídos alunos de outros cursos da área da saúde, além de Educação Física e Nutrição os

quais, hipoteticamente, podem sofrer menos pressão do que os das duas áreas citadas.

A maior pontuação no domínio *religião* por parte de famílias já foi citada pelo estudo de validação brasileira e deve se dar pela grande religiosidade do país. A maior pontuação no domínio *controle* se relaciona a aspectos negativos para a família no que tange à presença de problemas (VIANNA; SILVA; SOUZA-FORMIGONI, 2007). Embora haja ainda poucos estudos realizados no Brasil com a aplicação da EAF fora do contexto de crianças em situações psiquiátricas, os resultados são coerentes com o perfil tradicional hierárquico da família brasileira, como já citado.

Em metaanálise recente realizada por Marcos *et al.* (2013) sobre a influência da família em transtornos alimentares, verificou-se que, dos 20 estudos analisados, 83,33% deles relacionaram o incentivo ao controle dietético como um tipo de influência para transtornos. Neste estudo, os autores relataram que esta influência se apresentou de três formas: a influência da família com relação a comportamento de controle dietético, em 8 dos 20 estudos, gerando insatisfação com o corpo, em 8 dos 20 estudos, e resultando em sintomas bulímicos em 6 dos 20 estudos. Do total de estudos, o comportamento de restringir dieta e a insatisfação com o corpo esteve presente no desfecho de 15 estudos.

A correlação observada entre BSQ e dados antropométricos (peso real, diferença entre peso real e peso desejado e IMC), especificamente a maior pontuação para insatisfação corporal em estudantes com maior peso, é comum e presente em estudos com este instrumento, assim como com o IMC (KAKESHITA; ALMEIDA, 2006). Este aspecto foi

confirmado também no estudo de Silva *et al.* (2012) em que os valores de *odds ratio* indicaram que estudantes com obesidade e sobrepeso apresentaram cerca de 5 a 7 vezes mais chances de insatisfação com a imagem corporal e alto risco para transtorno alimentar do que as eutróficas.

Fato similar foi demonstrado por Bosi *et al.* (2008), em estudo com estudantes de educação física no qual foi encontrada uma forte correlação ( $p < 0,001$ ) e a insatisfação corporal moderada a grave esteve presente em quase 30% da amostra das estudantes, que desejavam perder mais de 2 Kg.

Com relação aos pesos autorreferidos, o que a literatura informa é que pessoas com excesso de peso tendem a subestimá-lo, ao passo que, quem tem baixo peso o superestima. A correlação entre BSQ e IMC já é bastante citada na literatura.

Considerando a comparação entre os resultados do BSQ e os dados da EAF, vale destacar que esta é uma novidade do presente estudo, pois esta relação de associação não tem sido investigada de forma direta. Por isto mesmo, algumas considerações frente à literatura disponível serão realizadas, mesmo que os estudos tenham sido realizados com outros grupos etários, a fim de ilustrar melhor o quadro potencial que se delineia de prejuízo à saúde.

No estudo de Adrian *et al.* (2010), o domínio *conflito* foi relacionado com autoinjúrias não suicidas em adolescentes pacientes de hospital psiquiátrico. Os autores do estudo citaram a importância da família em problemas interpessoais e desregulação emocional. Como os pais são os primeiros agentes socializadores a modular a trajetória emocional dos filhos, indivíduos criados em climas ásperos e famílias

conflituosas têm uma série de déficits de competências emocionais.

Os domínios *independência* e *assertividade* foram correlacionados à ausência de insatisfação com a imagem corporal. O estudo de validação, no entanto, relata que estes dois foram os domínios com menor consistência interna na validação para a população brasileira (VIANNA; SILVA; SOUZA-FORMIGONI, 2007).

O domínio *religião*, já com pontuação mais elevada, também foi correlacionado com a presença de insatisfação com a imagem corporal nesta amostra, mas pode ser decorrente não de uma associação direta, mas um fator de confusão pela pontuação do domínio já ser elevada neste grupo, independentemente dos dados de BSQ.

No estudo de Cance, Loukas e Talley (2014) com 848 estudantes do Texas (EUA), em que foi utilizada a EAF com adolescentes e mães, foi verificado que relações familiares positivas foram inversamente correlacionadas com atitudes alimentares desordenadas enquanto conflito familiar e o controle psicológico da mãe geraram atitudes de transtorno alimentar. Os domínios *conflito* e *controle* foram citados como relacionados a problemas familiares também no estudo de validação brasileiro (VIANNA; SILVA; SOUZA-FORMIGONI, 2007). No entanto, no presente estudo tais domínios não foram associados à amostra de Fortaleza-BR.

No estudo de Hanna e Bond (2006), realizado com 315 mulheres de 14 a 28 anos, do ensino secundário e universitário, foi avaliado conflito familiar e mensagens negativas sobre o peso passadas de mãe para filha. Os autores constataram que a frequência das mensagens negativas con-

tribuiu mais para a sintomatologia de transtorno do que o conflito familiar. Neste estudo, o IMC se correlacionou com a insatisfação com o corpo, o desejo de emagrecer e sintomas bulímicos, mas não foi associado a conflito familiar.

Hedlund *et al.* (2003) realizaram estudo longitudinal (6 anos) com pacientes bulímicas, detectando que uma superproteção dos pais, caracterizada como controle sem afeto, é fator de risco para psicopatologias. Neste estudo, o grupo de maior risco apresentou menor pontuação em *expressividade* e *independência*, tendo pontuação maior para *assertividade*.

No estudo de Wang *et al.* (2013), verificou-se que o fato de os jovens sentarem para comer à mesa com a família levou a menor chance de ter comportamento desordenado para controle de peso e, juntamente com este fator, aqueles que contavam com a disposição dos pais para eventos de prática de atividade física tiveram maior proteção contra tais comportamentos. Esta associação não diferiu segundo raça, etnia ou peso.

Cromley *et al.* (2010) concluem que diversas variáveis de pais e familiares são associadas a comportamentos de controle de peso, episódios de excessos e satisfação corporal. A investigação destes autores junto a adolescentes constatou que aqueles que apresentavam menor satisfação corporal e formas mais graves ou menos saudáveis de controle de peso vivenciavam mais o comportamento de controle de peso pelos pais. A presença de excessos alimentares entre os adolescentes estudados foi associada à menor coesão e adaptabilidade familiar. Aqueles que apresentavam menor satisfação corporal apresentavam pais engajados em atividades de con-

trole de peso e aqueles que conferiam mais importância à magreza foram os que tinham pais com baixa autoestima.

Kluck (2010) ressalta a importância do ambiente familiar no não aumento de transtornos alimentares e de insatisfação corporal em mulheres. Em seu estudo com 268 mulheres universitárias, encontrou que famílias com maior foco na aparência tinham filhas com mais insatisfação com a imagem corporal e sintomatologia bulímica.

No estudo de Neumark-Sztainer *et al.* (2010), provocações com relação ao peso por pais e parentes foram associadas a maior IMC, insatisfação corporal, comportamento de controle de peso extremos e compulsão alimentar com perda de controle nas meninas.

Assim, percebe-se que, em grupos vulneráveis à insatisfação com a imagem corporal e ao surgimento de transtornos alimentares, deve ser instituída uma abordagem de rotina que pode, inclusive, ser realizada em seus ambientes de estudo, com aplicação do BSQ e da EAF, a fim de permitir detectar precocemente situações indesejáveis, viabilizando encaminhamentos para a devida promoção da saúde.

Este tipo de pesquisa abre espaço para avaliar novas formas de se diagnosticar precocemente transtornos alimentares e outras enfermidades psíquicas com relação ao peso e à autopercepção da imagem corporal de universitários. Ações educativas de intervenção podem ser desenvolvidas junto a estudantes universitários. Tais ações devem ter um caráter esclarecedor e preventivo e os instrumentos BSQ e EAF podem ser valiosas ferramentas de detecção.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi constatada correlação entre imagem corporal e ambiente familiar. Aqueles que estão satisfeitos com sua imagem corporal estão inseridos em famílias com maior independência entre os membros, enquanto os que apresentam insatisfação com a imagem corporal se inserem em famílias com mais assertividade (maior foco em atingir metas) e religiosidade.

O estudo evidenciou a necessidade de inclusão da avaliação de imagem corporal e de ambiente familiar nas ações de promoção da saúde em grupos vulneráveis a alterações na autopercepção de imagem corporal.

#### 5. REFERÊNCIAS

ADRIAN, M. *et al.* Emotional dysregulation and interpersonal difficulties as risk factors for nonsuicidal self-injury in adolescent girls. **Journal of Abnormal Child Psychology**, v. 39, n. 3, p. 389-400, 2010.

ALVARENGA, M. S. *et al.* Insatisfação com a imagem corporal em universitárias brasileiras. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 59, n. 1, p. 44-51, 2010.

ALVARENGA, M. S.; SCAGLIUSI, F. B.; PHILIPPI, S. T. **Nutrição e transtornos alimentares: avaliação e tratamento**. São Paulo: Manole, 2010.

BOSI, M. L. M. *et al.* Comportamento alimentar e imagem corporal entre estudantes de educação física. **J Bras Psiquiatr.**, v. 57, n. 1, p. 28-33, 2008.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 196/96 – Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. **Diário Oficial da União**, p. 21082-5, 1996.



BRASIL. Ministério da Saúde. CNE/CONEP. **Resolução nº 466/2012. Conselho Nacional de Saúde**, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/web\\_comissoes/conep/index.html](http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html)>. Acesso em: 28 jun. 2013.

CANCE, J. D.; LOUKAS, A.; TALLEY, A. E. The differential associations of internalizing symptoms and family and school relationships with disordered eating attitudes among early adolescents. **Journal of Social and Personal Relationships**, 2014.

CORDÁS, T. A.; NEVES, J. E. Escalas de avaliação de transtornos alimentares. **Revista de Psiquiatria clínica**. v. 26, n. 1, Edição especial, p. 41-47, 1999.

CROMLEY, T. *et al.* Parent and family associations with weight-related behaviors and cognitions among overweight adolescents. **Journal of Adolescent Health**, v. 47, n. 3, p. 263-269, 2010.

DI PIETRO, M.; SILVEIRA, D. X. Internal validity, dimensionality and performance of the Body Shape Questionnaire in a group of Brazilian college students. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 31, n. 1, p. 21-24, 2009.

GARCIA, C. A.; CASTRO, T. G.; SOARES, R. M. Comportamento alimentar e imagem corporal entre estudantes de nutrição de uma universidade pública de porto alegre – RS. **Rev HCPA**, v. 30, n. 3, 2010.

GONÇALVES, T. D. *et al.* Comportamento anoréxico e percepção corporal em universitários. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 57, n. 3, 2008.

HANNA, A. C.; BOND, M. J. Relationships between family conflict, perceived maternal verbal messages, and daughters' disturbed eating symptomatology. **Appetite**, v. 47, n. 2, p. 205-211, 2006.

HEDLUND, S. *et al.* Expressed emotion, family environment, and parental bonding in bulimia nervosa: A 6-year investigation. **Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity**, v. 8, n. 1, p. 26-35, 2003.

KAKESHITA, I. S.; ALMEIDA, S. S. Relação entre índice de massa corporal e a percepção da auto-imagem em universitários. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 3, p. 497-504, 2006.

KIRSTEN, V. R.; FRATTON, F.; PORTA, N. B. D. Transtornos alimentares em alunas de nutrição do Rio Grande do Sul. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 22, n. 2, p. 219-227, mar./abr. 2009.

KLUCK, A. S. Family influence on disordered eating: The role of body image dissatisfaction. **Body image**, v. 7, n. 1, p. 8-14, 2010.

LAUS, M. F.; MOREIRA, R. C. M.; COSTA, T. M. B. Diferenças na percepção da imagem corporal, no comportamento alimentar e no estado nutricional de universitárias das áreas de saúde e humanas. **Revista de Psiquiatria**, Rio Grande do Sul, v. 31, n. 3, p. 192-196, 2009.

MARCOS, Y. Q. *et al.* Peer and family influence in eating disorders: A meta-analysis. **European Psychiatry**, v. 28, p. 199-206, 2013.

MOOS, R. H.; MOOS, B. S. **Family environment scale manual**. 3<sup>rd</sup> ed. Palo Alto (CA): Consulting Psychologists Press, 1994.

MOSQUERA, J. J. M.; STOBAUS, C. D. Auto-imagem, auto-estima e auto-realização: qualidade de vida na Universidade. **Psicologia Saúde e Doença**, v. 7, n. 1, p. 83-85, 2006.

NEUMARK-SZTAINER, D. *et al.* Family weight talk and dieting: how much do they matter for body dissatisfaction and disordered eating behaviors in adolescent girls? **Journal of Adolescent Health**, v. 47, p. 270-276, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. 10. ed. rev. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2007.

PARENTE, N. A. **Interação entre ambiente familiar e imagem corporal entre estudantes de cursos da área de saúde: uma análise comparativa Brasil-Espanha**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, set. 2014.

PENZ, L. R.; BOSCO, S. M. D.; VIEIRA, J. M. Risco para desenvolvimento de transtornos alimentares em estudantes de Nutrição. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 18, n. 3, p. 124-128, jul./set. 2008.

PIRES, R. *et al.* Rastreamento da frequência de comportamentos sugestivos de transtornos alimentares na Universidade Positivo. **Revista de Medicina**, São Paulo, v. 89, n. 2, p. 115-123, abr./jun. 2010.

SAIKALI, C. J. *et al.* Imagem corporal nos transtornos alimentares. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 31, n. 4, p. 164-166, 2004.

SILVA, J. D. *et al.* Influência do estado nutricional no risco para transtornos alimentares em estudantes de nutrição. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 12, p. 3399-3406, 2012.

VIANNA, V. P. T.; SILVA, E. A.; SOUZA-FORMIGONI, M. L. O. Versão em português da *Family Environment Scale*: aplicação e validação. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 419-26, 2007.

WANG, M. L. *et al.* Family physical activity and meal practices associated with disordered weight control behaviors in a multiethnic sample of middle-school youth. **Academic pediatrics**, v. 13, n. 4, p. 379-385, 2013.

## CAPÍTULO 13

### ÍNDICE GLICÊMICO E CARGA GLICÊMICA DE ALGUNS DOCES CONSUMIDOS NO BRASIL: IMPLICAÇÕES PARA A UTILIZAÇÃO POR PORTADORES DE DIABETES *MELLITUS* TIPO 2

Tatiana Uchôa Passos  
Helena Alves de Carvalho Sampaio  
Maria Luísa Pereira de Melo  
Soraia Pinheiro Machado Arruda

#### 1. INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) vêm tendo uma prevalência aumentada em todo o mundo (seja desenvolvido ou em desenvolvimento). São exemplos delas, principalmente, as neoplasias, a obesidade, as doenças cardiovasculares e o diabetes *mellitus*. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), as DCNT são responsáveis por 63% das 36 milhões de mortes ocorridas no mundo em 2008 e, também, por mortes prematuras, aumentando os gastos com a saúde em países que já possuem graves deficiências no setor. Para a entidade, mudanças na dieta e no estilo de vida são as causas desta situação. Assim, várias estratégias de prevenção e controle vêm sendo desenvolvidas com vistas a deter ou retardar o avanço destas doenças (BRAND-MILLER; SLAMA, 2001; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

O Diabetes Mellitus (DM) é uma das doenças crônicas com números mais alarmantes, exigindo dos profissionais de saúde maiores cuidados e novas estratégias de atenção. Dados recentes divulgados pela pesquisa do Ministério da Saúde, “Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico” (VIGITEL), apontam para uma média nacional de 5,6% de diabéticos na população adulta. Em Fortaleza, Ceará, foi verificada a maior prevalência do país: 7,3% dos adultos acima de 18 anos referem ter diabetes, a maioria do sexo masculino (MAHAN; ESCOTT-STUMP, 2010; BRASIL, 2012).

No que tange à dieta, a conduta preventiva global para o DM e as demais DCNT envolve o não excesso ponderal, a redução do consumo de gorduras totais e saturadas, além do incentivo ao maior consumo de fibras na dieta (RIBEIRO; CARDOSO, 2002; MONTEIRO *et al.*, 2005; GOMES, 2007). A conduta referente aos carboidratos consiste no controle da ingestão de açúcares e doces (SICHERI *et al.*, 2000). Para o DM, a *American Diabetes Association* (2015) reforça que o tratamento deve visar, também, a educação do paciente e o estabelecimento de metas que reduzam o risco de complicações em longo prazo. É uma terapia complexa, que envolve estratégias que vão além do simples controle glicêmico.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (2015), existe uma projeção de que o número de diabéticos no mundo chegue a 300 milhões em 2030. Isto dificultaria ainda mais as ações de saúde, considerando que o diabetes pode desencadear outras complicações.

Diante deste panorama epidemiológico e das perspectivas futuras, novas estratégias preventivas e terapêuticas vêm

sendo pensadas. Além dos avanços do arsenal farmacológico para a abordagem da doença, muito se vem estudando no que tange à abordagem dietoterápica. Esta é a realidade do índice glicêmico dietético que, embora ainda não seja consenso entre a comunidade científica, segue como alvo de importantes estudos, no intuito de se consolidar como uma ferramenta, de fato, aplicável ao tratamento do diabetes mellitus.

O índice glicêmico (IG) é uma categorização dos alimentos de acordo com o efeito do teor e tipo de carboidrato deste alimento sobre a glicemia. Foi proposto, há mais de trinta anos, por pesquisadores canadenses e, desde então, tem sido publicado em várias tabelas internacionais (JENKINS *et al.*, 1981; BRAND-MILLER *et al.*, 1999; FOSTER-POWELL; HOLT; BRAND-MILLER, 2002; BRAND-MILLER; FOSTER-POWELL, 2011) e nacionais (PAIVA; LIMA; SOUSA, 1998; CARREIRA, 2001; LEMOS *et al.*, 2002; CARDOSO, 2003; PASSOS, 2012).

Ainda há muitos alimentos sem índice glicêmico conhecido. No Brasil há muitos alimentos, incluindo os doces, que não são tão presentes em outros países e que seguem com seu IG desconhecido.

Embora doces sejam restritos aos diabéticos, investigações como as de Peres, Franco e Santos (2006), Duarte *et al.* (2013) e Silva (2013) têm apontado o seu consumo por diabéticos. Peres, Franco e Santos (2006) encontraram, em um estudo qualitativo, grande desejo pelo consumo de doces por diabéticos, especialmente mulheres. Destacam também o efeito do “proibido” frente ao consumo. O fato de haver a proibição, por parte da maioria dos profissionais de saúde, parece aguçar a vontade do consumo, inclusive naqueles

pacientes que, anteriormente, não tinham o costume de ingeri-los habitualmente. Além disto, ressalta-se a ligação do consumo de doce com o prazer e de sua restrição com a tristeza. O estudo de Duarte *et al.* (2013), com foco específico em homens e no autocuidado do diabetes, também verificou o consumo de doces pelos pacientes. Embora em quantidades moderadas, foi encontrada a ingestão de alimentos como doce de leite e sorvetes. Já Silva (2013), comparando homens e mulheres, constatou maior consumo de doces pelo sexo masculino, encontrando correlação entre ingestão de doces, inadequação de perfil lipídico e número de refeições diárias.

Os problemas gerados pelo consumo já são conhecidos e a ADA (2015), em sua publicação mais recente, reforça a necessidade de controle da ingestão de carboidratos em forma de alimentos ou bebidas açucaradas.

Nesse contexto, verifica-se a existência das recomendações de restrição de consumo de doces por diabéticos, porém estudos avaliando o impacto deste tipo de alimento na glicemia ainda são limitados. Tabelas internacionais como a de Brand-Miller e Foster-Powell (2014) trazem vários exemplos, porém, muitas marcas internacionais ou opções pouco usuais no Brasil. Há muitas limitações em estudos nacionais e, especialmente, regionais. Diante desta constatação, o grupo de pesquisa em Nutrição e Doenças Crônico-Degenerativas da Universidade Estadual do Ceará (UECE) vem contribuindo para o preenchimento desta lacuna, determinando o índice glicêmico e a carga glicêmica de alguns doces, viabilizando a avaliação do impacto glicêmico deste tipo de alimento proibido, porém consumido por muitas pessoas, incluindo diabéticos.

O presente capítulo apresenta os achados relativos a diferentes doces disponíveis no Brasil, em geral, e no Ceará, em particular, avaliados por Passos (2012) como parte de sua dissertação do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará.

### 1.1. ÍNDICE GLICÊMICO E CARGA GLICÊMICA: COMO DETERMINAR?

O IG dos alimentos é uma categorização baseada no efeito do teor e tipos de carboidrato do alimento sobre a glicemia (BRAND-MILLER *et al.*, 1999). Um grupo de especialistas convocados pela *Food and Agriculture Organization/World Health Organization* (FAO/WHO EXPERT CONSULTATION, 1998) define IG como a área sob a curva de resposta à glicose após a ingestão de 50g de carboidratos de um alimento teste, expressa como percentual de resposta para a mesma quantidade de carboidrato de um alimento padrão, dosadas no mesmo indivíduo. O alimento padrão é a glicose ou pão branco (FAO/WHO EXPERT CONSULTATION, 1998; BRAND-MILLER *et al.*, 1999; BRAND-MILLER; SLAMA, 2001).

A Associação Americana de Diabetes (2015) ressalta a complexidade do tema e a existência de estudos com resultados positivos e indicativos de seu benefício, porém, devido a limitações metodológicas e à escassez de estudos ainda não se pode tornar o IG e a carga glicêmica (CG) pontos de recomendação absoluta. No Brasil, a Sociedade Brasileira de Diabetes (2015), em suas diretrizes de abordagem terapêutica em diabetes *mellitus*, não faz recomendação formal para a determinação do IG na elaboração de dietas apropriadas,



considerando que pode ser útil, mas que não há evidências para a sua inclusão como tópico da diretriz.

Além do índice glicêmico, a quantidade de carboidrato de um alimento também é considerada um importante determinante da tolerância à glicose em jejum e da resposta glicêmica pós-prandial. Desta maneira, surge outro indicador, a carga glicêmica (CG), que corresponde ao produto do IG do alimento pelo seu conteúdo de carboidrato glicêmico, sendo, portanto, uma medida que envolve a quantidade e a qualidade (IG) do carboidrato dietético (DANONE VITAPOLE/FAO, 2001). De acordo com a SBD (2015), o IG não é uma estratégia de primeira escolha, todavia, como a quantidade e a qualidade do carboidrato consumido influenciam a resposta glicêmica, a avaliação do IG e da CG pode trazer benefícios adicionais.

Os dois conceitos aqui apresentados evidenciam que ambos os indicadores devem ser determinados ao se tentar avaliar quão saudável ou não está o padrão alimentar de uma população.

Menezes e Lajolo (2002) fazem referência a diversas tabelas existentes que trazem o índice glicêmico produzido por alimentos de distintas partes do mundo e em diversas condições fisiológicas, que são fruto dos vários estudos realizados neste campo de pesquisa. Tais tabelas vão sendo atualizadas, à medida que vão ocorrendo novas determinações de IG e CG em alimentos diferentes. Assim, podem ser citadas as elaboradas por: Foster-Powell e Brand-Miller (1995); Brand-Miller *et al.* (1999); *Sydney University Glycemic Index Research Service* (2001); Foster-Powell, Holt e Brand-Miller (2002); e Brand-Miller e Foster-Powell (2014).

Portanto, não é difícil, a partir das tabelas citadas, determinar qual o IG e CG das dietas habitualmente consumidas por indivíduos saudáveis e portadores de DCNT, na busca da identificação de um consumo de risco para o surgimento ou a perda de controle destas doenças.

No entanto, no Brasil há alguns entraves para tal determinação. Apesar de as tabelas disponíveis serem amplas e incluírem vários alimentos de diferentes países, como citado, há ainda grandes lacunas referentes ao IG e CG de alimentos brasileiros, principalmente considerando a variada disponibilidade segundo cada região brasileira. Dentre as regiões geográficas do país, uma que merece destaque é a região Nordeste, onde há muitos alimentos típicos, incluindo doces. Alguns estudiosos brasileiros já determinaram o índice glicêmico de alguns alimentos regionais, como Paiva, Lima e Sousa (1998), Carreira (2001), Lemos *et al.* (2002), Cardoso (2003) e Passos *et al.* (2014; 2015), mas ainda persistem várias lacunas, especialmente quanto aos doces e sobremesas. Nestas situações, tem-se de realizar estudos experimentais, de acordo com o protocolo citado da FAO/WHO Expert Consultation (1998).

## 2. PERCURSO METODOLÓGICO

### 2.1. IG E CG DE DOCES BRASILEIROS: UMA CONTRIBUIÇÃO À ABORDAGEM DO PACIENTE DIABÉTICO

O Grupo de Nutrição e Doenças Crônico-Degenerativas da Universidade Estadual do Ceará vem desenvolvendo pesquisas na área de índice e carga glicêmica dietéti-

cos há mais de uma década. Neste capítulo, será apresentado um recorte da dissertação *Consumo alimentar cearense: índice glicêmico e carga glicêmica de alimentos regionais e impacto potencial no risco de doenças crônicas não transmissíveis*, desenvolvida por Passos (2012), que avaliou 31 alimentos do Brasil e do Ceará. Especificamente, aqui serão apresentados os procedimentos metodológicos e os achados referentes a doces.

Inicialmente, foi avaliada a ingestão habitual de alguns grupos populacionais cujos dados já estavam disponíveis no banco de pesquisas do grupo citado, em um total de 1830 fichas, a fim de identificar alimentos com IG ainda desconhecido. Assim, buscou-se informações dentro da ingestão alimentar de crianças, adolescentes, adultos, idosos e gestantes saudáveis eutróficas e com excesso ponderal; adultos portadores de distúrbios psiquiátricos; adultos e idosos diabéticos tipo 2; adultos e idosos hipertensos; e adultos e idosos com câncer, particularmente, câncer de mama e de próstata.

Após a identificação dos doces consumidos, buscou-se dados sobre seus IG em tabelas internacionais (FOSTER-POWELL; HOLT; BRAND-MILLER, 2002; BRAND-MILLER; FOSTER-POWELL, 2006; 2010; 2011) e em estudos brasileiros (PAIVA; LIMA; SOUSA, 1998; CARREIRA, 2001; LEMOS *et al.*, 2002; CARDOSO, 2003). A partir de tal confronto, foram elencados todos os doces cujo IG era desconhecido para se proceder à sua determinação. O Quadro 1 abaixo apresenta os doces selecionados para o estudo experimental.

**Quadro 1** – Doces selecionados para identificação do índice glicêmico.

Doces	
Biscoito Recheado (Chocolate)	Doce de Banana
Bolo de Milho	Doce de Leite
Bolo Mole	Farinha Láctea
Brigadeiro	Goiabada
Caldo de Cana	Rapadura
Casadinho	

Para se proceder à determinação do IG dos doces listados acima, inicialmente foram calculadas as quantidades necessárias a serem testadas. De acordo com o protocolo adotado, os testes comparativos entre a resposta glicêmica à glicose e ao alimento ingerido se dão por meio da ingestão de uma porção fornecedora de 50g de carboidrato glicêmico, que é calculado a partir da subtração do teor de fibras à quantidade total de carboidratos da porção (FAO/WHO EXPERT CONSULTATION, 1998).

Foram utilizadas tabelas de composição nutricional como fontes das informações sobre o teor de carboidratos e fibras de cada um dos doces. A tabela base para esta pesquisa foi a presente no programa de análise de dietas *DietWin Profissional 2.0*, em razão de este ser o *software* onde estava armazenado o banco de dados utilizado. A referida tabela, por sua vez, compila várias outras tabelas. Do total de doces selecionado, três (bolo mole, doce de banana e casadinho) não constavam no programa nem na Tabela Brasileira de Composição de Alimentos (2006) e Tabela de Composição Química dos Alimentos (FRANCO, 2001). Optou-se por calcular a quantidade de carboidratos, de fibras e, conseqüentemente, de carboidrato glicêmico de cada preparação, por meio da receita destas, considerando seus ingredientes.

A busca de receitas ocorreu para todas as preparações, sendo feita em endereços eletrônicos acessados no mês de janeiro de 2011, os quais estão listados ao final das Referências deste capítulo.

Para a determinação do IG dos doces foram convidados 22 voluntários sadios. Tal número foi definido considerando as recomendações da FAO/WHO *Expert Consultation* (1998) de que cada voluntário deve ter glicemia avaliada para o alimento padrão e para mais um máximo de três alimentos/preparações a serem testados e de que cada alimento/preparação deve ser testado em um mínimo de 6 voluntários.

A coleta foi iniciada em janeiro de 2011 e finalizada em julho de 2011. As preparações foram elaboradas exatamente como constante nas receitas. Ingredientes para tal elaboração foram pesados em balança digital Plenna®, subtipo Nutri, com capacidade de 2000g e graduação de 1g. Tanto os alimentos como as preparações oferecidos aos voluntários foram pesados na mesma balança para garantir a quantidade calculada.

Os dados de identificação dos indivíduos e respectivas glicemias capilares foram registrados em um instrumento específico.

Concluída a fase preparatória, procedeu-se à determinação do IG que, segundo o protocolo adotado (FAO/WHO EXPERT CONSULTATION, 1998) é assim operacionalizada:

- a) Os voluntários ficaram em jejum desde a noite anterior à medição da glicemia, em um total de 10-12 horas.

- b) A glicemia de jejum medida foi a capilar, obtida através de glicosímetro AccuCheK®.
- c) Após a determinação da glicose de jejum, cada participante ingeriu 50g de glicose pura em pó, tendo sido utilizada a de marca Vetec, diluída em 500mL de água, considerada o alimento padrão.
- d) Após essa ingestão, novas glicemias capilares foram obtidas aos 15, 30, 45, 60, 90 e 120 minutos.
- e) As etapas a, b, c e d foram realizadas três vezes para cada participante em dias diferentes.
- f) Foi determinada a curva glicêmica e calculada a área sob a curva de cada medição com o alimento padrão, definindo-se a média dos valores obtidos.
- g) As mesmas etapas a, b, c e d foram realizadas, substituindo-se o alimento padrão pelo alimento/preparação a ser testado cuja quantidade foi calculada para fornecer 50g de carboidrato glicêmico.
- h) Foi também determinada a curva glicêmica e calculada a área sob a curva de cada indivíduo, referente ao alimento/preparação testado, definindo-se a média dos valores obtidos.
- i) A área sob a curva obtida com o alimento/preparação teste dividida pela área sob a curva do alimento padrão foi multiplicada por 100, caracterizando o IG do alimento para aquele voluntário.
- j) A determinação do IG do alimento foi realizada a partir da média aritmética simples dos seis resultados referentes a cada um dos voluntários.

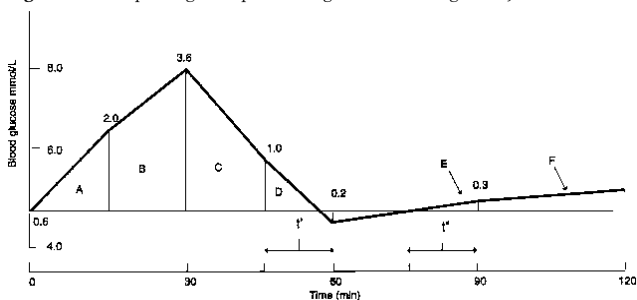
Para o cálculo da área sob a curva de cada doce, utilizou-se como auxílio fórmulas desenvolvidas no programa Excel, da marca *Microsoft*. Para a elaboração das fórmulas de cálculo, foram utilizadas as ferramentas de cálculo contidas no próprio programa que foram unidas a conhecimentos matemáticos de fórmulas para determinação de áreas de trapézios e triângulos. Ao se desenhar o gráfico de cada curva, são traçados segmentos que ligam cada valor de glicemia ao longo do tempo (jejum, 15, 30, 45, 60, 90 e 120 minutos). Após estes pontos serem ligados e considerando como linha basal a de jejum, forma-se um perfeito polígono cuja área pode ser segmentada em trapézios e triângulos, podendo ser calculada manualmente.

A formação do referido polígono bem como a sua segmentação em trapézios e triângulos pode ser observada por meio do exemplo da Figura 1, extraída das recomendações da FAO/WHO Expert Consultation (1998) direcionadas às orientações para o cálculo da área sob a curva glicêmica. Percebe-se a formação destes outros polígonos (trapézios e triângulos) no interior do polígono maior, formado pela ligação dos pontos de glicemias, tendo como base a linha de jejum, conforme referido no parágrafo anterior. Assim, considerando que a área do trapézio, pela matemática, é calculada como “base maior somada à base menor, multiplicado pela altura e dividido por dois” e que a área do triângulo é calculada “pela multiplicação do valor da base pelo valor da altura, dividido por dois” (DOLCE; POMPEO, 1993), foi possível vincular os valores de “bases” e “alturas” à realidade do gráfico.

As bases dos triângulos estão sempre sobre o eixo da linha basal de jejum, que é paralela ao eixo do tempo (em

minutos), enquanto que as bases dos trapézios estão nos eixos das glicemias. Já para as alturas, ocorre o inverso, isto é, as alturas dos triângulos são relativas ao eixo paralelo ao das glicemias, enquanto que, para os trapézios, as alturas estão no eixo da linha basal.

**Figura 1** – Exemplo de gráfico para curva glicêmica com segmentação de áreas.



Fonte: FAO/WHO (1998).

De acordo com o protocolo da FAO/WHO Expert Consultation (1998), as áreas dos polígonos situadas abaixo da linha de jejum são desconsideradas para o cálculo (VEGA-LÓPEZ *et al.*, 2007). Ressalta-se que, ainda de acordo com as recomendações deste protocolo, para este cálculo, os valores de glicemia são convertidos de mg/dL para mmol/L; já o tempo permanece em minutos. Assim, nos cálculos das áreas as unidades são mmol.min/L.

Após a determinação do índice glicêmico, este foi categorizado como baixo, médio ou alto, baseado na classificação de Brand-Miller, Foster-Powell e Colagiuri (2003), que estabelecem: baixo IG  $\leq 55$ ; IG moderado de 56 a 69 e alto IG  $\geq 70$ , considerando-se adequados os doces com baixo IG.



A carga glicêmica também foi identificada por meio do produto do carboidrato glicêmico de cada doce, em gramas, pelo índice glicêmico determinado, dividido por 100, de acordo com o recomendado por Burani (2006). A CG do alimento foi categorizada como baixa, moderada ou alta, caso tivessem, respectivamente, os valores  $\leq 10$ , de 11 a 19, ou  $\geq 20$  (BURANI, 2006), também se considerando adequada uma baixa CG.

A fim de se identificar os possíveis doces mais recomendados e menos recomendados para integrar o cardápio habitual da população, a carga glicêmica também foi calculada segundo as porções alimentares de ingestão diária preconizadas pelo Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2006). As que não foram encontradas nesta publicação foram pesquisadas na Tabela de equivalentes, medidas caseiras e composição química dos alimentos, de Pacheco (2006). Como as publicações divergem em valor calórico das porções, a fim de melhor padronizar o procedimento, ajustaram-se as quantidades obtidas na tabela de Pacheco (2006) ao valor calórico para uma porção daquele grupo alimentar como consta no Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2006) por meio de regra de três simples. Dentre os doces, apenas um não foi encontrado em nenhuma das publicações: o bolo mole. Para ele, utilizou-se o método de pesagem direta, considerando 1 fatia média. A partir dessa nova determinação da CG, foi também considerado saudável um alimento/preparação de baixa CG (BRAND-MILLER; FOSTER-POWELL; COLAGIURI, 2003) dentro das porções de consumo recomendadas.

O estudo foi devidamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (FR 3079667) e os participantes que concordaram em participar da pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Calculando-se a área sob a curva de glicemia obtida com ingestão de glicose e do alimento/preparação testado, foi determinado o IG e a CG, como exibido na Tabela 1.

**Tabela 1** – Índice glicêmico (IG) e carga glicêmica (CG) dos doces testados e respectiva categorização. Fortaleza, 2012.

A L I M E N T O / PREPARAÇÃO	IG	CATEGORIZAÇÃO <sup>1</sup>	CG	CATEGORIZAÇÃO <sup>2</sup>
Biscoito Recheado (Chocolate)	54	Baixo	27	Alta
Bolo de Milho	51	Baixo	26	Alta
Bolo Mole	36	Baixo	18	Moderada
Brigadeiro	28	Baixo	14	Moderada
Caldo de Cana	66	Moderado	33	Alta
Casadinho	48	Baixo	24	Alta
Doce de Banana	39	Baixo	20	Alta
Doce de Leite	37	Baixo	19	Moderada
Farinha Láctea	80	Alto	40	Alta
Goiabada	47	Baixo	24	Alta
Rapadura	47	Baixo	24	Alta

<sup>1</sup> De acordo com Brand-Miller, Foster-Powell e Colagiuri (2003); <sup>2</sup> De acordo com Burani (2006).

Os valores de IG independem da quantidade consumida, mas esta influencia a CG. Na Tabela 2 são exibidos os valores de CG ajustando-se os alimentos/preparações testados às porções recomendadas.

Tabela 2 – Carga glicêmica (CG) dos doces testados, segundo porções per capita de consumo recomendadas e respectiva categorização. Fortaleza, 2012

ALIMENTO/ PREPARAÇÃO	PORÇÃO RECOMENDADA	CG	CATEGORIZAÇÃO*
	(g) <sup>a</sup>		
Biscoito Recheado (Chocolate)	34,0	12	Moderada
Bolo de Milho	50,0	13	Moderada
Bolo Mole	88,0 <sup>b</sup>	18	Moderada
Brigadeiro	50,0	9	Baixa
Caldo de Cana	200,0 <sup>c</sup>	22	Alta
Casadinho	50,0	18	Moderada
Doce de Banana	58,7 <sup>c</sup>	19	Moderada
Doce de Leite	40,0	9	Baixa
Farinha Láctea	38,6 <sup>c</sup>	28	Alta
Goiabada	45,0	14	Moderada
Rapadura	22,0 <sup>c</sup>	9	Baixa

<sup>a</sup> Porção recomendada segundo o Guia Alimentar para a População Brasileira (2006); <sup>b</sup> Porção calculada através de pesagem direta; <sup>c</sup> De acordo com Burani (2006); Porção recomendada segundo Pacheco (2006) com equivalência calórica padronizada pelo Guia Alimentar para a População Brasileira (2006).

Observa-se que, os doces de alta CG, biscoito recheado de chocolate, bolo de milho, casadinho, doce de banana e goiabada, após o ajuste quantitativo passaram a CG moderada; já a rapadura passou a ser de baixa CG. Persistiram como de alta CG, mesmo com ajuste de porção, o caldo de cana e a farinha láctea.

Portanto, na categoria de alimentos/preparações saudáveis, de baixos IG e CG, podem ser considerados o brigadeiro, o doce de leite e a rapadura.

Os resultados relativos ao índice glicêmico dos doces testados apontam aspectos favoráveis no âmbito da saúde da população, pois a grande maioria apresentou baixo IG (81,8%); um deles (9,1%) apresentou IG moderado (caldo de cana) e outro (9,1%) IG alto (farinha láctea). Já em se aliando o indicador CG a estes resultados, todos os doces ficaram em categoria insatisfatória, moderada ou alta, sendo que 72,7% deles tinham alta CG.

Considerando que muitos doces foram ingeridos em alta quantidade, devido à necessidade de se utilizar 50g de carboidrato glicêmico, a CG foi reavaliada segundo o valor de uma porção. A partir desta avaliação, a CG passou a ser inadequada para 81,2% dos doces, sendo que 18,2% apresentaram alta CG e 54,5% moderada CG. Três (27,3%) deles (brigadeiro, doce de leite e rapadura) passaram a baixa CG. Tais constatações evidenciam a importância de se avaliar ingestão alimentar segundo os dois indicadores, mas, principalmente, segundo as porções realmente consumidas.

Logicamente, o fato de ter sido avaliada a ingestão de uma porção alimentar preconizada levanta o aspecto da quantidade, que deverá ser abordado de forma individualizada na comunidade ou com pessoas atendidas em serviços de saúde. Há uma faixa de porções recomendadas no Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2006), para atender à demanda de 2000 kcal de um indivíduo adulto. Para os diabéticos, embora a SBD mencione a existência de um limite de 10% do valor calórico total para ingestão de açúcares simples, na prática, os profissionais de saúde preferem limitar ou restringir, corroborando as recomendações da ADA (2015) e da SBP (2015).

Como, apesar das controvérsias, vários estudos apontam para as possíveis consequências deletérias de uma dieta com IG e CG moderados e altos, no que tange ao risco de DCNT (JENKINS *et al.*, 1981; GNAGNARELLA *et al.*, 2008; MENTE *et al.*, 2009; ESFAHANI *et al.*, 2009; BRAND-MILLER; FOSTER-POWELL, 2011), os achados mostram a importância de se conhecer o IG e CG de doces. O fato de serem alimentos comumente consumidos facilitará a compreensão das orientações por parte da população.

Alguns itens aqui testados como doces são elencados no grupo de cereais, tubérculos, raízes e derivados, no Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2006), como bolos e biscoitos recheados. No entanto, considerando que são preparações doces, optou-se por incluí-los desta forma. Devido a algumas particularidades de resposta, a discussão não seguirá a ordem alfabética dos alimentos, sendo iniciada por caldo de cana e rapadura, pois são os que possuem alto teor de sacarose e, portanto, se esperaria uma resposta glicêmica maior.

O caldo de cana realmente apresentou IG moderado e CG alta, tanto na porção testada quanto na porção recomendada. Avaliações mais aprofundadas do risco representado por este alimento são dificultadas pelo fato de não haver dados sobre sua ingestão pela população brasileira.

Já a rapadura apresentou resultados curiosos, pois seu IG foi baixo. A CG na porção testada foi alta, mas, ao se calcular na porção recomendada por Pacheco (2006), constatou-se CG baixa. Ressalta-se que a rapadura foi testada em quantidade maior que o dobro (55,6g) da recomendada (22g). Brand-Miller, Foster-Powell e Colagiuri (2003) lem-

bram que o tamanho da partícula também influencia no IG. Quanto menor ela for, mais fácil é a penetração de água e enzimas digestivas, acelerando o processo de digestão. Considerando que a rapadura é rígida e bem compacta, é possível que este fator tenha relação com o resultado encontrado.

Deste modo, é possível afirmar que a rapadura, alimento conhecidamente regional, é saudável, podendo ser inclusive opção de sobremesa dos brasileiros, valorizando assim o potencial gastronômico da cultura nacional. Entretanto, esta conclusão se refere ao valor da CG na *per capita* recomendado (9). Como vem sendo apontado desde o início deste capítulo, o fator quantidade pode significar a diferença entre recomendar ou não um consumo, de forma que, insistimos que uma ingestão maior de rapadura pode representar risco ao desenvolvimento de doenças crônicas ou ao controle glicêmico de seus portadores. Infelizmente, não se sabe com certeza qual o consumo habitual de rapadura, pois a “Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009”, em seu caderno sobre a *Análise do consumo alimentar pessoal no Brasil – POF/ACAP* (BRASIL, 2011) aponta, entre consumidores, uma quantidade média diária de 37g, mas agrupa açúcar, mel, rapadura e outros adoçantes.

Resultados, de certa forma, também, curiosos foram constatados para o doce de banana. Embora rico em açúcar, apresentou baixo IG. Entretanto, sua CG, na porção testada, foi alta e, para a porção recomendada, moderada. O doce de banana foi testado em quantidade praticamente igual (59g) à *per capita* (58,7g). Entretanto, mesmo esta ínfima diferença gerou uma mudança na categorização da CG, embora persista sua categorização como não adequado.

Os cadernos *Aquisição alimentar domiciliar per capita: Brasil e grandes regiões AAD/POF* (IBGE, 2010) e a *Análise do consumo alimentar pessoal no Brasil POF/ACAP* (IBGE, 2011) não fazem menção específica ao doce de banana. A primeira pesquisa refere “doce de fruta em calda”, com aquisição anual per capita de 0,084 kg e a segunda faz referência ao subgrupo “doce de fruta em calda de qualquer sabor” inserido no grupo “doces à base de frutas”, cujo consumo *per capita* médio foi de 2,3 g/dia e porção média de consumo de 71,1g, superior à recomendação específica para o doce de banana.

Entres os dois bolos testados, resultados distintos foram encontrados com relação à carga glicêmica, talvez pela sua diferente composição, que influenciaria o seu impacto a depender da quantidade ingerida. Ambos apresentaram IG baixo, mas, para as porções testadas, a CG do bolo de milho foi alta e a do bolo mole foi moderada. Ao se calcular com as porções recomendadas *per capita* o resultado foi abrandado, mas ambos apresentaram inadequação, neste caso, com moderada CG. Segundo a POF/ACAP (IBGE, 2011), a ingestão *per capita* média de consumidores de bolos em geral é de 86,5g.

Biscoito recheado, brigadeiro, casadinho, doce de leite e goiabada apresentaram IG baixo. Havia certa expectativa em se encontrar apenas resultados de inadequação tanto para IG quanto para o CG entre os alimentos do grupo dos açúcares e doces. Porém, relembra-se as observações quanto a preparações fontes de proteínas e gorduras e sua influência nestes marcadores (PI-SUNYER, 2002; BRAND-MILLER; FOSTER-POWELL; COLAGIURI, 2003;

WOLEVER *et al.*, 2006). O bolo de milho e o bolo mole, já discutidos, se enquadram neste perfil, sendo preparados com ingredientes como leite, margarina e ovos, o que influencia a resposta glicêmica. O brigadeiro, o casadinho e o doce de leite, também possuem esta característica, já que seu ingrediente predominante é o leite condensado. A goiabada, por sua vez, não possui essa particularidade, mas mostrou um baixo IG, a exemplo da rapadura e do doce de banana.

Entretanto, é para esclarecer estas dúvidas quanto ao potencial glicêmico que se utiliza a carga glicêmica. Embora, em princípio, estes alimentos possam parecer não ter risco, a interrogação logo é esclarecida quando se calcula a CG. Para as porções testadas, todos foram inadequados. Biscoito recheado, casadinho e goiabada apresentaram alta CG. Ao se calcular para as porções testadas, a inadequação permaneceu constatada, porém abrandada, com categorização moderada para todos. Portanto, mesmo em quantidades bem menores do que as testadas, é prudente que estes três alimentos sejam evitados.

Por fim, brigadeiro e doce de leite também apresentaram resultados inesperados. Ambos tiveram baixo IG, porém moderada CG para a porção testada, inadequação esta que desapareceu ao se calcular a CG da porção *per capita* recomendada.

Os alimentos deste grupo são, muitas vezes, de consumo diário e em porções acima da recomendação saudável. Para a POF-ACAP (IBGE, 2011) o biscoito recheado tem baixa prevalência de consumo (4,1%), com ingestão média de 4,6 g/dia, mas o tamanho da porção geralmente consumida é de 106,0g. O doce de leite está em “doce à base



de leite”, com prevalência de consumo de 3,7%, consumo médio *per capita* de 5,5 g/dia, mas porção média *per capita* de 145,0 g. Nem o brigadeiro, nem o casadinho possuem referência específica relativa a consumo pela população brasileira. A goiabada também não é abordada isoladamente, podendo seu consumo ser interpretado como referido em doce de banana.

Finalizando a discussão, tem-se a farinha láctea, que é utilizada em preparações como mingaus e vitaminas de frutas. Representa um alimento com potencial efeito deletério sobre a saúde, pois tanto o IG como a CG – esta tanto na porção testada como na recomendada –, foram altos. De acordo com a composição informada na embalagem, a farinha láctea possui entre seus ingredientes, farinha de trigo, leite em pó integral e açúcar. A presença, sobretudo de açúcar pode ter relação com os altos índices constatados.

Poderia ser apropriado recomendar sua substituição por outras farinhas de baixos IG e CG. Entretanto, entre as mais adquiridas e citadas pela POF–AAD (BRASIL, 2010), farelo de aveia, farinha de milho e farinha de arroz, por exemplo, não há opções conhecidas com IG baixo. As citadas possuem IG moderados: 59, 69 e 65, respectivamente (FOSTER-POWELL; HOLT; BRAND-MILLER, 2002; BRAND-MILLER; FOSTER-POWELL, 2011). Deste modo podem ser uma opção de menor risco, mas que, ainda assim, requerem uma ingestão dentro de um plano alimentar equilibrado. Na POF–ACAP (IBGE, 2011) não é discriminado o consumo quantitativo isolado deste alimento nem das demais farinhas supracitadas.

## 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Finalizando este capítulo, fica a constatação de que há doces com baixo impacto glicêmico e cujo consumo pode ser considerado dentro de um contexto saudável. Todavia, é fundamental avaliar a presença de outros nutrientes e de calorias, refletir que o índice e a carga glicêmicos compreendem apenas uma forma de avaliação e, no contexto de saúde do paciente diabético, muitos aspectos devem ser levados em consideração. Dessa forma, conclui-se que os alimentos podem ser consumidos por pacientes saudáveis e diabéticos, respeitando quantidades e os demais aspectos alimentares envolvidos na vida do indivíduo.

## 5. REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION – ADA. Standards of Medical Care in Diabetes 2015. **Diabetes Care**, v. 38, suppl.1, 2015.

BRAND-MILLER, J. *et al.* **The glucose revolution**. 3. ed. New York: Marlow & Company, 1999. 272p.

BRAND-MILLER, J. C.; FOSTER-POWELL, K. **The new glucose revolution shoppers' guide to GI values 2006**: the authoritative source of glycemic index values for more than 500 foods (glucose revolution). New York: Marlowe & Company, 2006.

BRAND-MILLER, J. C.; FOSTER-POWELL, K. **The new glucose revolution shoppers' guide to GI values 2010**: the authoritative source of glycemic index values for more than 1.300 foods. Philadelphia: Da Capo Press, 2010.

BRAND-MILLER, J. C.; FOSTER-POWELL, K. **The low GI shoppers' guide to GI values 2011**: the authoritative source of

glycemic index values for more than 1.200 foods. Philadelphia: Da Capo Press, 2011.

BRAND-MILLER, J. C.; FOSTER-POWELL, K. **The low GI shoppers' guide to GI values 2014**: the authoritative source of glycemic index values for more than 1.200 foods. Philadelphia: Da Capo Press, 2014.

BRAND-MILLER, J. C.; FOSTER-POWELL, K.; COLA-GIURI, S. **A nova revolução da glicose**. Tradução Ana Beatriz Rodrigues. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

BRAND-MILLER, J.; SLAMA, G. (Org.). **Glycaemic index and health**: the quality of the evidence. FAO/DANONE VITAPOLE. Montronge, France: Jonh Libbey Einotect, 2001.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196/96**. Informe Epidemiológico do SUS, n. 2, Brasília: CNS, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia Alimentar para a população brasileira**: promovendo a alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 210 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2011**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BURANI, J. **Gushers and tricklers**: practical use of the glycemic index. 2006. Disponível em: <<http://www.eatgoodcarbs.com/glycemic-index-diabetes-presentations.html>>. Acesso em: 22 set. 2011.

CARDOSO, A. M. C. Índice glicêmico de alimentos típicos da Amazônia. **Rev Bras Nutr Clin**, v. 18, n. 4, p. 190-192, 2003. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/colunistas-da-sbd/>>

nutricao-e-ciencia/422-indice-glicemico-de-alimentos-tipicos-da-amazonia>. Acesso em: 4 jan. 2012.

CARREIRA, M. C. **Índice glicêmico de alimentos brasileiros: efeitos do armazenamento sob baixa temperatura (-20°C)**. São Paulo, 2001. 87p. Dissertação (Mestrado em Nutrição Aplicada) – Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Faculdade de Economia e Administração, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

DANONE VITAPOLE/FAO. **Glycaemic index and health: the quality of the evidence**. Bandol: John Libbey Eurotext, 2001.

DOLCE, O.; POMPEO, J. N. **Fundamentos de matemática elementar: geometria plana**. 7. ed. São Paulo: Atual, 1993.

DUARTE, M. R. *et al.* Análise do comportamento de autocuidado de homens diagnosticados com Diabetes Mellitus Tipo II. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, v. 5, n. 2, p. 41-50, 2013.

ESFAHANI, A. *et al.* The Glycemic Index: Physiological significance. **J Am Coll Nutr**, v. 28, n. 4, suppl. p. 439S–445S, 2009.

ESFAHANI, A. *et al.* The application of the glycemic index and glycemic load in weight loss: A review of the clinical evidence. **IUBMB Life**, v. 63, n. 1, p. 7-13, 2011.

FAO/WHO EXPERT CONSULTATION. **Carbohydrates in human nutrition**. Genebra: Food and Agriculture Organization, World Health Organization, 1998. 143p.

FOSTER-POWELL, K.; BRAND-MILLER, J. International tables of glycemic index. **Am J Clin Nutr**, v. 62, p. 875S-893S, 1995.

FOSTER-POWELL, K.; HOLT, S. H. A.; BRAND-MILLER, J. C. International table of glycemic index and glycemic load values: 2002. **Am J Clin Nutr**, v. 76, p. 5-56, 2002.

FRANCO, G. **Tabela de Composição Química dos Alimentos**. São Paulo: Atheneu, 2001.

GNAGNARELLA, P. *et al.* Glycemic index, glycemic load, and cancer risk: a meta-analysis. **Am J Clin Nutr.**, v. 87, n. 6, p. 1793-1801, 2008.

GOMES, F. S. Frutas, legumes e verduras: recomendações técnicas versus constructos sociais. **Rev Nutr.** v. 20, n. 6, p. 669-680, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: aquisição alimentar domiciliar per capita – Brasil e grandes regiões**. Rio de Janeiro, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil**. Rio de Janeiro, 2011.

JENKINS, D. J. *et al.* Glycemic index of food: a physiological basis for carbohydrate exchange. **Am J Clin Nutr.**, v. 34, p. 362-366, 1981.

LEMOS, M. C. C. *et al.* Glycemic index of tropical fruits in normal individuals, patients with type 2 diabetes and patients with impaired glucose tolerance. **Anais da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco**, v. 47, n. 1, p. 50-53, 2002.

MAHAN, L. K.; ESCOTT-STUMP, S. **Alimentos, nutrição e dietoterapia**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

MENEZES, E. W.; LAJOLO, F. **Índice glicêmico: critério de seleção de alimentos**. In: SEMINARIO ÍNDICE GLICÊMICO EN SALUD Y ALIMENTACIÓN HUMANA, 2002, Costa Rica. Instituto de Pesquisa Científica – Inciensa. San José, Costa Rica, 2002.

MENTE, A. *et al.* A systematic review of the evidence supporting a causal link between dietary factors and coronary heart disease. **Arch Intern Med**, v. 169, n. 7, p. 659-669, 2009.

MONTEIRO, C. A. *et al.* Monitoramento de fatores de risco para doenças crônicas por entrevistas telefônicas. **Rev Saúde Públ.** v. 39, n. 1, p. 47-57, 2005.

PACHECO, M. **Tabela de equivalentes, medidas caseiras e composição química dos alimentos.** Rio de Janeiro: Rubio, 2006.

PAIVA, M. F. N. D. B.; LIMA, D. F.; SOUSA, J. M. A. Avaliação da resposta glicêmica ao cuscuz em humanos sadios. **Higiene Alimentar**, v. 12, n. 57, p. 32-35, 1998.

PASSOS, T. U. **Consumo alimentar cearense: índice glicêmico e carga glicêmica de alimentos regionais e impacto potencial no risco de doenças crônicas não transmissíveis.** Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, 2012.

PASSOS, T. U. *et al.* Rice and bean: glycemic index and glycemic load of the “Baião de Dois”. **Agricultural Sciences**, v. 5, pp. 770-775, 2014. Disponível em: <<http://www.scirp.org/journal/PaperInformation.aspx?PaperID=48371>>. Acesso em 29 jul. 2015.

PASSOS, T. U. *et al.* Glycemic index and glycemic load of tropical fruits and the potential risk for chronic diseases. **Food Science and Technology**, Campinas, v. 35, n. 1, p. 66-73, 2015.

PERES, D. S.; FRANCO, L. J.; SANTOS, M. A. Comportamento alimentar em mulheres portadoras de diabetes tipo 2. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 2, p. 310-317, 2006.

PI-SUNYER, F. X. Glycemic index and disease. **Am J Clin Nutr**, v. 76, n. 1, suppl., p. 290-298, 2002.

RIBEIRO, A. B.; CARDOSO, M. A. Construção de um questionário de frequência alimentar como subsídio para programas de prevenção de doenças crônicas não transmissíveis. **Rev Nutr**, v. 15, n. 2, p. 239-245, 2002.

SICHERI, R. *et al.* Recomendações de alimentação e nutrição saudável para a população brasileira. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 44, n. 3, p. 227-232, 2000.

SILVA, J. P. C. **Gestão do regime terapêutico na pessoa com Diabetes**. Dissertação (Mestrado de Educação para a Saúde) – Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de Saúde de Viseu, Viseu, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES – SBD. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2014/2015**. São Paulo: AC Farmacêutica, 2015.

SYDNEY UNIVERSITY GLYCEMIC INDEX RESEARCH SERVICE – SUGIRS. **Glycemic index** [online], maio. 2001. Disponível em: <<http://www.glycemicindex.com>>. Acesso em: 22 dez. 2011.

TABELA BRASILEIRA DE COMPOSIÇÃO DE ALIMENTOS (TACO). **Núcleo de Estudos e Pesquisas em Alimentação – Unicamp**. Versão II. 2. ed. Campinas, SP, 2006.

VEGA-LÓPEZ, S. *et al.* Interindividual variability and intra-individual reproducibility of glycemic index values for commercial white bread. **Diabetes Care**, v. 30, p. 1412-1417, 2007.

WOLEVER, T. M. S. *et al.* Food glycemic index, as given in Glycemic Index tables, is a significant determinant of glycemic responses elicited by composite breakfast meal. **Am J Clin Nutr**, v. 83, p. 1306-1312, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Noncommunicable disease country profiles 2011**. Geneva: WHO, 2011.

## ENDEREÇOS ELETRÔNICOS DAS RECEITAS UTILIZADAS

**Bolo de Milho** – Receita do Centro de Formação Gastronômica Mattu Macedo. Disponível em: <<http://www.mattumacedo.com.br/receitas/110-bolo-de-milho-facil>>.

**Bolo Mole (Luis Felipe)** – Receita do Centro de Formação Gastronômica Mattu Macedo. Disponível em: <<http://www.mattumacedo.com.br/receitas/417-bolo-luis-felipe-legitimo>>.

**Brigadeiro** – Receita do Centro de Formação Gastronômica Mattu Macedo. Disponível em: <<http://www.mattumacedo.com.br/receitas/61-brigadeiro>>.

**Casadinho** – Receita do Programa Mais Você da Rede Globo de Televisão. Disponível em: <<http://www.receitas.com/casadinhos-4d50d5fa52e0b252bc007a3f>>.

## RECEITA DO RESTAURANTE UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

**(Receita transcrita por não estar disponível em endereços eletrônicos)**

### Doce de Banana

Ingredientes: 1,5 kg de Banana Prata; 1,0 kg de Açúcar; 2,5 l de Água.

Modo de Preparo: Em uma panela, os 3 ingredientes devem ser colocados. Liga-se o fogo alto e deixa-se até começar a levantar fervura, depois reduz-se a fogo baixo até adquirir a consistência e a coloração desejadas. Este processo dura, em média, 2 horas e meia. A panela deve ficar sempre com tampa fechada. A quantidade de água pode variar um pouco, mas o importante é que ela cubra, pelo menos, todas as bananas, ao ser colocada na panela. Este doce pode ser feito com banana inteira ou em rodelas.



## CAPÍTULO 14

# ESQUIZOFRENIA, ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS E NUTRIÇÃO: CONVERGÊNCIAS PARA O DESENVOLVIMENTO DE SÍNDROME METABÓLICA

Antônio Augusto Ferreira Carioca  
Juliana Sampaio Batista  
Helena Alves de Carvalho Sampaio

### 1. INTRODUÇÃO

O presente capítulo é um recorte da dissertação *Inter-relações entre ocorrência de síndrome metabólica, situação nutricional e antipsicótico atípico em pacientes esquizofrênicos usuários desta medicação* (BATISTA, 2011), desenvolvida no Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará que se propõe a avaliar a inter-relação entre esquizofrenia, uso de antipsicóticos atípicos, dieta e ocorrência de síndrome metabólica, em um grupo de pacientes atendidos em um serviço de saúde mental de Fortaleza-Ceará.

A esquizofrenia se caracteriza pelo acometimento de múltiplas funções mentais: cognição, pensamento, senso-percepção, volição, controle de impulsos e juízo crítico da realidade (MCHUGH, 1984; WONG; VAN TOL, 2003). Trata-se de um grave distúrbio mental que afeta significativamente a qualidade de vida dos pacientes.

A intervenção medicamentosa no tratamento da esquizofrenia é feita com as substâncias conhecidas como neurolépticos-antipsicóticos, que recebem esta denominação porque atuam preferencialmente no receptor dopaminérgico D2 e induzem efeitos colaterais distônicos e discinéticos (NUNES; BUENO; NARDI, 2001).

Introduzidos nos anos 50, os antipsicóticos têm sido fundamentais no tratamento de portadores de esquizofrenia, possibilitando sua permanência junto a suas famílias, transformando a esquizofrenia em doença ambulatorial, reduzindo número e tempo de hospitalizações e melhorando sua aceitação dentro da comunidade. A administração de drogas antipsicóticas em longo prazo é essencial para reduzir as recaídas (SADOCK; KAPLAN, 1997; BUENO; NARDI, 2000; GOLDMAN; AUSIELLO, 2005; AZEVEDO *et al.*, 2006a).

Dentre os antipsicóticos, há os chamados antipsicóticos atípicos ou novos antipsicóticos ou antipsicóticos de segunda geração, que surgiram em 1990, trazendo uma nova perspectiva de tratamento da doença (BUENO; NARDI, 2000). Recebem esta denominação por diferir dos perfis farmacodinâmicos e de efeitos colaterais dos antipsicóticos tradicionais (GOLDMAN; AUSIELLO, 2005).

Vale ressaltar, ainda, que por serem medicações de alto custo, os antipsicóticos atípicos têm sua distribuição garantida por meio do Programa de Medicamentos Excepcionais do governo federal. O programa existe desde 1993 e, em 2002, por meio da Portaria GM 1.318, de 23 de julho de 2002, foi significativamente incrementado. Também em 2002, os antipsicóticos atípicos tiveram seu uso regulamen-

tado pela Portaria nº 846, de 06 de novembro de 2002, que estabeleceu o Protocolo Clínico e as Diretrizes Terapêuticas para o tratamento da esquizofrenia refratária com antipsicóticos atípicos no Brasil. Em 2006, o Ministério da Saúde, em pactuação na Comissão Intergestores Tripartite, realizou a revisão do Programa de Medicamentos Excepcionais, por meio da Portaria GM nº 2577, de 27 de outubro de 2006 a qual definiu claramente os objetivos e as responsabilidades dos Estados e União em relação ao agora denominado Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional (CMDE). É neste contexto que o CMDE, hoje, está regulamentado. Mais recentemente, a Portaria GM nº 106, de 22 de janeiro de 2009 atualizou os valores de cofinanciamento dos procedimentos (BRASIL, 2009).

Atualmente, os antipsicóticos atípicos são os medicamentos mais utilizados no manejo médico da esquizofrenia (NUNES; BUENO; NARDI, 2001), com benefícios em relação aos convencionais, pois antagonizam diferentes sistemas de neurotransmissores, reduzindo o risco de efeitos extrapiramidais, de discinesia tardia e a intensidade dos sintomas negativos (LOBO; RUIZ, 2001; STIP, 2001; CENTRO ANDALUZ DE DOCUMENTACIÓN E INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS, 2002).

Apesar de todos estes benefícios, o uso de antipsicóticos atípicos tem sido associado ao aumento de risco cardiovascular em virtude de outros efeitos adversos como: ganho de peso, diabetes mellitus e dislipidemias (AZEVEDO *et al.*, 2007).

No Brasil, o uso de antipsicóticos atípicos aumentou muito nos últimos anos. Por isto, o impacto dos distúrbios

metabólicos se tornou uma questão urgente, tanto na prática clínica diária como no sistema público de saúde, visto que alguns destes medicamentos fazem parte de um programa de alto custo do Ministério da Saúde. Outra peculiaridade do cenário nacional é o fato de a prática psiquiátrica, na rede de atendimento primário, se preocupar quase exclusivamente com a remissão dos sintomas psicóticos, deixando de lado outros aspectos importantes do tratamento como a segurança cardiovascular, sintomas negativos e distúrbios metabólicos, que acabam até mesmo aumentando a morbidade clínica e piorando a qualidade de vida dos pacientes com esquizofrenia (ZORTÉA *et al.*, 2010).

Estudos revelam que pacientes esquizofrênicos apresentam uma taxa de mortalidade duas vezes maior que a da população em geral, pela maior prevalência e gravidade das condições clínicas, sendo que a expectativa de vida é 20% menor que a da população em geral e que tais pacientes, geralmente, morrem em virtude de causas comuns, tais como o infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral. O aumento dos relatos sobre alterações metabólicas relacionadas a tais condições (aumento de peso, hiperglicemia, dislipidemia e síndrome metabólica) tem coincidido com o crescente uso das medicações antipsicóticas em portadores de transtornos mentais graves (AZEVEDO *et al.*, 2007).

Particularmente, a síndrome metabólica (SM), condição em que se associam alterações ponderais, glicêmicas e de perfil lipídico, pode ser uma presença importante entre estes pacientes. Uma revisão de Teixeira e Rocha (2007a) sobre a prevalência de síndrome metabólica em pacientes psiquiátricos portadores de esquizofrenia ou transtorno

esquizoafetivo constatou, em nove estudos, que tal prevalência variou de 28,4% e 62,5%. Também Teixeira e Rocha (2007b), em Belo Horizonte, no Brasil, detectaram 29,4% de prevalência de SM em pacientes psiquiátricos, valor que chegou a 31,8%, analisando-se exclusivamente os pacientes esquizofrênicos e com transtornos esquizoafetivos.

Sabe-se que, na SM, é importante avaliar o componente nutricional, pois as suas manifestações podem ser agravadas ou controladas pela alimentação uma vez que esta pode influenciar peso corporal, percentual e distribuição de gordura corporal e perfil glicêmico e lipídico. A alimentação adequada associada a outras modificações no estilo de vida, tais como prática regular de atividade física e abandono do tabagismo, contribui para um melhor controle da doença, prevenindo suas complicações e aumentando a qualidade de vida (SANTOS *et al.*, 2006).

A terapia nutricional com os portadores de síndrome metabólica deve focar não somente o controle glicêmico como, também, reduzir os demais fatores de risco cardiovasculares. Desta forma, a estratégia inicial para o tratamento desta síndrome se baseia na modificação de suas causas originais – excesso de peso e sedentarismo – visando à diminuição da resistência insulínica. As mudanças no estilo de vida, com perda ponderal moderada, porém progressiva, é a conduta aceita como mais efetiva (SANTOS *et al.*, 2006).

Considerando o escopo deste capítulo, a seguir será apresentada uma revisão de literatura sobre o tema, condensada nos tópicos: esquizofrenia; antipsicóticos atípicos; e inter-relações entre antipsicóticos atípicos, síndrome metabólica e dieta.

## 2. ESQUIZOFRENIA

As alterações presentes na esquizofrenia afetam a capacidade de a pessoa distinguir se as experiências vividas são ou não reais. São afetadas, ainda, a capacidade de pensar logicamente, sentir emoções e sentimentos e comportar-se em situações sociais (MCHUGH, 1984; WONG; VAN TOL, 2003).

Apesar de seu curto tempo de história clínica, a esquizofrenia (ou, pelo menos, os sinais e sintomas que hoje são considerados característicos da doença) tem sido descrita desde eras remotas em escritos hindus de 1400 a.C., que descreviam “um glutão obscuro que caminhava nu, perdia sua memória e movia-se de um modo esquisito” e em documentos do médico Arateus da Cappadocia, no século 1 d.C., que notou em alguns de seus pacientes um comportamento descrito como “estúpido, ausente e pensativo” (DEITOS *et al.*, 1998).

A prevalência da doença na população em geral é por volta de 1%, com uma incidência em torno de 1 a 7 por 10.000 pessoas/ano, dependendo do critério diagnóstico utilizado (MARI; LEITÃO, 2000; GOLDMAN; AUSIELLO, 2005). A doença tem um curso crônico, normalmente caracterizado por recaídas e remissões e, costumeiramente, começa no início da idade adulta (LARA; BELMONTE DE ABREU, 2000).

A estimativa de prevalência da esquizofrenia é bastante subjetiva. Isto se dá devido à extrema cronicidade da doença e à divergência diagnóstica, podendo o indivíduo ter episódios esquizofrênicos múltiplos, mas estar em um estado de remissão dos sintomas em um determinado período (DEITOS *et al.*, 1998).

A esquizofrenia pode ocorrer em qualquer lugar, não havendo diferenças entre sexo, classe social, países ricos e pobres nem regiões rurais ou urbanas (SUELA, 1998; BUENO; NARDI, 2000; ALCANIZ, 2002). Em 70% dos esquizofrênicos, a doença tem início entre os 15 e 35 anos. Nos homens, o início é mais precoce (15-25 anos) do que nas mulheres (25-35 anos). Os homens são mais vulneráveis aos comprometimentos causados pelos sintomas negativos do que as mulheres e estas, por sua vez, apresentam melhor tendência a conviver socialmente e um melhor prognóstico que os homens. Existem diferenças étnicas sutis, com uma maior incidência nos países escandinavos e em raças diferentes da branca (SADOCK; KAPLAN, 1997; MARI; LEITÃO, 2000; GOLDMAN; AUSIELLO, 2005).

A esquizofrenia provavelmente compreende um grupo de transtornos com causas heterogêneas e, com certeza, abrange pacientes cujas apresentações clínicas, respostas ao tratamento e cursos da doença são variados.

Mesmo com o avanço dos estudos, a etiologia da afecção ainda é desconhecida (SADOCK; KAPLAN, 1997; BUENO; NARDI, 2000; ALVES; SILVA, 2001; ALCANIZ, 2002). Os fatores investigados como possíveis causadores da doença são: fatores biológicos – infecção, intoxicação, hipótese dopamínica e alterações em outros neurotransmissores: serotonina, noradrenalina, glutamato e ácido  $\gamma$ -aminobutírico (GABA); fatores psicológicos – situação familiar estressante, morte de um parente ou qualquer outra situação estressante; e fatores genéticos – segundo os estudos nesta área, os genes de pessoas acometidas pela doença apresentam uma vulnerabilidade para a mesma, embora

fatores ambientais possam afetar a expressão destes genes (SADOCK; KAPLAN, 1997; BUENO; NARDI, 2000).

Nos últimos anos, pesquisas nos campos da neurofisiologia, neuroendocrinologia, psicofarmacologia, genética e psiconeuroimunologia têm demonstrado a importância da inflamação na psicopatologia da esquizofrenia. São apontados: presença de desequilíbrio entre os processos pró-oxidantes e antioxidantes; neuroinflamação (ativação de células da microglia, as células inflamatórias residentes no cérebro, podendo também envolver outras células linfóides que se infiltram no cérebro); infecções maternas (gripe, rubéola, toxoplasmose e herpes simples) durante a gestação (AGUIAR *et al.*, 2010).

A esquizofrenia é uma doença crônica cujo tratamento é feito somente para aliviar os sintomas e melhorar as condições de vida do paciente. Tal tratamento se apoia em dois pilares, o medicamentoso e o psicossocial, que devem ser complementares, na tentativa de melhorar o quadro sintomatológico, de aliviar tensões existentes e fortalecer a parte saudável do paciente (BUENO; NARDI, 2000; GOLDMAN; AUSIELLO, 2005; DURÃO; SOUZA, 2006). O curso da esquizofrenia é variável. Alguns pacientes se recuperam totalmente, outros têm recorrências com ou sem piora do funcionamento ou apresentam piora progressiva e cronificação (BALLONE, 2005).

## 2.1. ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS

Devido ao foco deste capítulo, os antipsicóticos chamados de primeira geração, convencionais ou típicos não serão detalhados aqui. Considerando os utilizados no Brasil,



estes são representados pelos fenotiazínicos, butirofenonas e tioxantênicos. Vale apenas destacar que os efeitos adversos extrapiramidais associados a eles surgiram como o principal obstáculo ao seu uso, dificultando, sobremaneira, a tolerância e aderência ao tratamento (TEIXEIRA; ROCHA, 2006). Assim, sonolência, hipotensão postural, acatisia (transtorno de movimento relacionado ao sistema motor e caracterizado por sensação subjetiva de inquietude interna, irritabilidade ou disforia que podem ser intensas) e sintomas parkinsonianos de rigidez e tremor são os efeitos colaterais mais marcantes destes antipsicóticos. Os efeitos potencialmente mais graves incluem discinesia tardia e síndrome neuroléptica maligna (SADOCK; KAPLAN, 1997; BUENO; NARDI, 2000; LIMA; BACALTCHUK; FERRAZ, 2001).

Os antipsicóticos atípicos (AAs) também são chamados de novos antipsicóticos ou antipsicóticos de segunda geração e surgiram em 1990, trazendo uma nova perspectiva de tratamento da doença (BUENO; NARDI, 2000), como já comentado. Recebem esta denominação por diferir dos perfis farmacodinâmicos e de efeitos colaterais dos antipsicóticos tradicionais (CENTRO ANDALUZ DE DOCUMENTACIÓN E INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS 2002; GOLDMAN; AUSIELLO, 2005). Os principais antipsicóticos atípicos são: clozapina, risperidona, olanzapina, quetiapina, ziprasidona (LOBO; RUIZ, 2001; CENTRO ANDALUZ DE DOCUMENTACIÓN E INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS ; ALCAÑIZ, 2002; BANDELOW; MEIER, 2003), aripiprazol (FARAH, 2005) e outros menos comuns, como, amisulprida (BALLONE, 2005) e zuclopentixol (GIBSON *et al.*, 2004).

O termo “atípico” foi introduzido, pela primeira vez, para descrever a clozapina, uma vez que suas propriedades foram consideradas diferentes daquelas dos neurolépticos convencionais (OLIVEIRA, I. *et al.*, 2009).

Uma definição mais ampla do termo “atípico” abrange os medicamentos que têm pelo menos igual atividade antipsicótica em comparação com neurolépticos convencionais e produzem menos efeitos colaterais extrapiramidais ou nenhum deles, tais como os AAs atualmente disponíveis. Mais recentemente, no entanto, este termo tem sido aceito incluindo outras características como: 1) Ausência de hiperprolactinemia; 2) Uma maior eficácia no tratamento dos sintomas positivos e negativos, bem como dos sintomas de desorganização; e 3) Ausência de discinesia tardia ou distonia após ser administrado cronicamente. Este segundo grupo de propriedades parece caracterizar apenas a clozapina (OLIVEIRA, I. *et al.*, 2009).

O conceito de atipicidade é controverso, pois é formado por um grupo heterogêneo de antipsicóticos com mecanismos de ação distintos. Os novos antipsicóticos têm procurado obter a mesma eficácia da clozapina no tratamento das psicoses e dos sintomas negativos da esquizofrenia resistente, mas sem causar agranulocitose (cerca de 1% dos doentes), que coloca a droga necessariamente em linha de segunda escolha terapêutica (LOBO; RUIZ, 2001).

Os AAs possuem a mesma eficácia que os convencionais. A principal vantagem desses medicamentos frente aos convencionais se caracteriza por antagonizar sistemas diferentes de neurotransmissores, ter menor afinidade pelos receptores dopaminérgicos do estriado do que do meso-

límbico; e produzir menos sintomas extrapiramidais (SEP) (LOBO; RUIZ, 2001; STIP, 2001; CENTRO ANDALUZ DE DOCUMENTACIÓN E INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS, 2002).

Uma das características especiais deste grupo é a interação entre os sistemas dopaminérgico e serotoninérgico, uma vez que a serotonina, através de receptores 5HT<sub>2</sub>, inibe a liberação de dopamina no nível dos gânglios de base. Os outros sistemas de neurotransmissores envolvidos são o colinérgico e glutamatérgico: o primeiro está envolvido na memória, e o segundo estaria intimamente relacionado ao sistema dopaminérgico cujo desequilíbrio ou disfunção resultaria nos sintomas psicóticos; assim, o uso de bloqueadores de dopamina melhoraria a neurotransmissão glutamatérgica. Os AAs seriam bloqueadores 5HT<sub>2A/D2</sub> mistos e se diferenciam por sua afinidade por outros sítios (DERITO *et al.*, 2004). Entretanto, esta é apenas uma das hipóteses que tentam explicar a “farmacologia atípica”, portanto, além da teoria do antagonismo de receptores D<sub>2</sub> e 5HT<sub>2</sub>, também existe a teoria da dissociação rápida do receptor D<sub>2</sub> e a teoria do agonismo parcial. Essas hipóteses são de grande importância para a compreensão desses medicamentos e para o desenvolvimento racional de novos fármacos (MOREIRA; GUIMARÃES, 2007).

Apesar de estes neurolépticos possuírem um custo mais alto do que os convencionais, eles têm uma superioridade terapêutica que não se demonstra apenas nas melhoras clínicas dos pacientes crônicos ou na escassez de efeitos colaterais, mas, também, na prevenção das tão temidas recaídas, na menor necessidade de hospitalização e melhor qualidade

de vida (CENTRO ANDALUZ DE DOCUMENTACIÓN E INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS, 2002; BALLONE, 2005).

Os antipsicóticos atípicos não estão isentos de efeitos adversos e a sua utilização requer considerar a presença de fatores de risco como convulsão e aumento de peso, que podem comprometer o tratamento, como já citado (CENTRO ANDALUZ DE DOCUMENTACIÓN E INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS, 2002).

Por outro lado, apesar de tais antipsicóticos significarem uma grande contribuição ao tratamento farmacológico das psicoses, ainda não é tempo de aposentar os de primeira geração, não só por seus efeitos clínicos, mas, também, por sua eventual vantagem em pacientes nos quais existe preocupação com o ganho de peso e com o controle de glicemia (ABREU; BOLOGNESI; ROCHA, 2000).

## 2.2. ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS, SÍNDROME METABÓLICA E DIETA

A maior prevalência de síndrome metabólica (SM) e outros distúrbios metabólicos em populações psiquiátricas coincide com o crescente uso de antipsicóticos. Por outro lado, é bastante complexo explicar se a prevalência aumentada destes distúrbios é simplesmente dependente do tratamento com drogas, pois, aliado ao uso dos psicofármacos, emergem explicações que sugerem uma causalidade multifatorial desta maior prevalência, onde se incluem fatores ligados ao estilo de vida (hábitos alimentares inadequados, tabagismo, uso de álcool e inatividade física), fatores gené-

ticos, perinatais, hormonais e neuroquímicos (TEIXEIRA; ROCHA, 2005; THAKORE, 2005; AZEVEDO, 2006; USHER; FOSTER; PARK, 2006; ZHANG *et al.*, 2014; BOLGER; VERDOLINI; AGIUS, 2014; SAATCIO-GLU *et al.*, 2015).

Particularmente a SM, condição em que se associam alterações ponderais, glicêmicas e de perfil lipídico, pode ser uma presença importante entre estes pacientes. Na revisão de Teixeira e Rocha (2007a), já citada, a prevalência variou de 28,4% e 62,5%. Um estudo prospectivo em esquizofrênicos americanos – *Antipsychotic effectiveness in patients with chronic schizophrenia* (CATIE) – mostrou que 35,8% da população estudada apresentaram síndrome metabólica (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2004; NASRALLAH, 2006).

Os efeitos adversos dos psicofármacos são, provavelmente, os principais fatores implicados na maior prevalência de SM em pacientes psiquiátricos. Alguns antipsicóticos acarretam alterações metabólicas importantes, como ganho de peso, hiperglicemia, DM2 e dislipidemias (ADA *et al.*, 2004; MUNDET-TUDURÍ *et al.*, 2013; BOBO *et al.*, 2013; LIPSCOMBE *et al.*, 2014). Entretanto, tais alterações metabólicas não são equivalentes entre os diferentes tipos de antipsicóticos. Recentemente, quatro organizações nacionais americanas publicaram um relatório reconhecendo que o risco de desenvolvimento de alterações metabólicas não foi uniforme dentre todos os antipsicóticos: a clozapina e a olanzapina foram relacionadas ao maior risco de ganho de peso, diabetes e dislipidemia do que outros dois de introdução mais recente, a ziprasidona e o aripripazol. Em rela-

ção à risperidona e à quetiapina, observaram efeitos intermediários para ganho de peso e resultados discrepantes para avaliação da diabetes e da dislipidemia (ADA *et al.*, 2004).

Além disso, há um aumento na prevalência de determinadas características individuais da SM e de outras, não. Por exemplo, apesar de ter sido constatado que há uma maior prevalência de DM2 e de DCV na esquizofrenia, existe pouca evidência sobre o aumento da hipertensão nesta população (HOLT; PEVELERT; BYRNE, 2004).

O ganho de peso é um dos efeitos mais visíveis do tratamento com antipsicóticos atípicos (KELTNER, 2006). Estudos clínicos sobre a eficácia e segurança dos antipsicóticos atípicos mostram ganho de peso em 50-80% dos indivíduos, variando de poucos quilos até 20% do peso habitual (GRAHAM *et al.*, 2005). A magnitude do ganho de peso varia conforme os medicamentos e a dosagem, sendo que alguns se destacam por ganhos de peso de 1,5 a 8,8 kg (AZEVEDO *et al.*, 2006a).

Meta-análise conduzida por Allison *et al.* (1999), envolvendo antipsicóticos em geral, estimou a alteração média de peso secundária aos antipsicóticos após dez semanas. Em ordem decrescente, tem-se a clozapina (+3,99kg), a olanzapina (+3,51kg), a tioridazina (+3,49kg), a clorpromazina (+2,10kg), a risperidona (+2,0kg) e o haloperidol (+0,48kg). A flufenazina (+0,43kg) e a ziprasidona (+0,04kg) não se associaram a ganho de peso estatisticamente significante. A molindona (um antipsicótico da classe dos indólicos) se associou a uma discreta perda de peso (-0,81kg).

Theisen *et al.* (2001) realizaram estudo de corte transversal em 151 pacientes adolescentes e adultos jovens

internados, sendo 109 com transtornos do espectro da esquizofrenia. Encontraram taxa de obesidade maior nos portadores de esquizofrenia do que nos demais pacientes: 51% dos homens e 64% das mulheres em comparação com 29% e 43%, respectivamente.

Meyer (2002), em estudo retrospectivo com pacientes internados em uso de olanzapina ( $n = 175$ ) ou risperidona ( $n = 155$ ), encontrou ganho de peso, em média, de 7,94 kg ( $p \leq 0,001$ ) com olanzapina e 4,85 kg ( $p < 0,001$ ) com risperidona, após um ano.

Brown e Estoup (2005) avaliaram efeitos metabólicos e ganho de peso em um estudo retrospectivo com 191 pacientes com diagnóstico de esquizofrenia e outras psicoses, que iniciaram tratamento com ziprasidona ( $n = 88$ ) ou olanzapina ( $n = 103$ ). Em média, os pacientes ganharam 3,9kg com olanzapina e perderam 1,5kg com ziprasidona. Os pacientes que mudaram de olanzapina para ziprasidona perderam, em média, 3,4kg durante o tratamento e tenderam a retornar ao peso anterior ao início da olanzapina.

O ganho de peso induzido por antipsicóticos é de etiologia multifatorial. Muitas destas drogas estimulam o apetite e a preferência por alimentos doces ou gordurosos, o que supõe uma ação direta sobre sistemas metabólicos e centros nervosos ligados ao controle da saciedade e do peso. Outros fatores, como a diminuição da atividade física (secundária à sedação provocada por algumas dessas drogas), o aumento da sede, levando à ingestão excessiva de líquidos adoçados e a recuperação da perda de peso ocasionada pelo transtorno mental, também devem ser considerados (TEIXEIRA; ROCHA, 2006). Um mecanismo proposto por

Meyer e Koro (2004), para o ganho ponderal, é o aumento da secreção de leptina, seguido do aumento da adiposidade. A leptina é um hormônio produzido pelas células de gordura que é responsável por sinalizar o tamanho do tecido adiposo para o cérebro.

Diversos estudos sugerem ainda que os receptores serotoninérgicos, histamínicos e muscarínicos estão envolvidos diretamente, como mecanismos primários, tanto na modulação da ingestão alimentar e do gasto energético, como nos diferentes perfis farmacodinâmicos responsáveis pelo ganho de peso variável, de acordo com a classe de antipsicóticos (CABALLERO, 2003; MONTELEONE; MARTIADIS; MAJ, 2009).

Tem sido especulado, também, que o efeito da medicação antipsicótica no gasto energético basal (GEB) pode contribuir para o ganho do peso. O GEB em pacientes esquizofrênicos que fazem uso de neurolépticos, como a clozapina, se mostra mais baixo que o da população em geral. Em um estudo realizado para quantificar esta diferença, verificou-se que, utilizando-se as fórmulas de Harris-Benedict e de Schoefield, havia uma superestimação do GEB em, aproximadamente, 16%. Portanto, dever-se-ia diminuir 280 calorias diárias no dispêndio energético basal destes pacientes (SHARPE *et al.*, 2005).

Embora o ganho de peso seja mais significativo, obesidade abdominal também é outro fator de grande preocupação. A obesidade central se associa, de modo independente, com plausibilidade biológica, com os componentes da SM e com a resistência insulínica. Comparada às medidas antropométricas tradicionais, a circunferência da cintura ab-



dominal (CC) tem se mostrado superior ao índice da massa corpórea (IMC) e à relação cintura quadril para identificar adiposidade visceral; por conseguinte, risco cardiovascular (BARBOSA *et al.*, 2006; MONTELEONE; MARTIADIS; MAJ, 2009).

Nos últimos anos, o tecido adiposo deixou de ser considerado apenas como o maior reservatório corporal de energia e passou a ser reconhecido também como órgão com múltiplas funções e papel central na gênese da resistência à insulina (RI) e, dependendo dos locais nos quais há deposição de gordura, diferentes respostas biológicas são observadas. Atualmente, sabe-se que o adipócito recebe a influência de diversos sinais, como a insulina, cortisol e catecolaminas, e, em resposta, secreta uma grande variedade de substâncias que atuam, tanto local como sistemicamente, participando da regulação de diversos processos como a função endotelial, aterogênese, sensibilidade à insulina e regulação do balanço energético. Algumas dessas substâncias secretadas essencialmente pelo tecido adiposo, como a leptina, adiponectina, TNF- $\alpha$  entre outras, apresentam papel fundamental na sensibilidade tecidual à insulina. Também é conhecido que o adipócito, de acordo com a sua localização, apresenta características metabólicas diferentes, sendo que a adiposidade intra-abdominal é a que apresenta maior impacto sobre a deterioração da sensibilidade à insulina (RIBEIRO FILHO *et al.*, 2006; VASQUES *et al.*, 2010; ABOUL-FOTOUH; ELGAYAR, 2013; DENG, 2013).

Zortéa *et al.* (2010), em estudo transversal realizado com 40 pacientes esquizofrênicos usuários de antipsicóticos, encontrou medidas de circunferência abdominal e percen-

tual de gordura corporal elevados na maioria dos pacientes estudados (62,5% e 92,5%, respectivamente).

A esquizofrenia se associou à obesidade [odds ratio (OR) 2,3, 95% intervalo de confiança (IC) de 1,5-3,6], à obesidade abdominal (OR: 2,2, 95% IC 1,3-3,6) e com maior porcentagem de gordura (média de 3,8% de diferença, 95% IC 2,0-5,7%), ajustado para idade e sexo, em estudo de Saarni *et al.* (2009) realizado em uma amostra nacionalmente representativa de 8.082 adultos finlandeses.

O aumento do risco para o desenvolvimento de diabetes com determinados antipsicóticos atípicos pode estar associado com o ganho de peso induzido pelo tratamento (KELTNER, 2006). Além disto, outros mecanismos, incluindo estilo de vida, hereditariedade, efeitos sobre neurotransmissores centrais e efeitos diretos sobre o metabolismo da glicose, podem contribuir para o desenvolvimento de distúrbios do metabolismo da glicose (NEWCOMER, 2004; HOLT; PEVELERT; BYRNE, 2004; ADA, 2010).

As alterações do metabolismo da glicose são mais comuns em pacientes com esquizofrenia, com ou sem tratamento, quando comparados à população geral (SENA *et al.*, 2003). Henderson *et al.* (2005), em estudo prospectivo com pacientes em uso de clozapina, estimaram em 43% a incidência de novos casos de DM para um período de 10 anos. A clozapina e a olanzapina são as principais drogas associadas a esses efeitos adversos.

Sernyak *et al.* (2002) realizaram um estudo com base de dados nacionais do *Veterans Health Administration* com o objetivo de verificar se havia aumento de prevalência de diabetes ligado ao tipo de antipsicótico. Em quatro meses de

estudo, 38.632 pacientes com esquizofrenia receberam prescrição de antipsicótico. Destes, 22.648 (58,6%) pacientes estavam em uso de antipsicótico de segunda geração (5,3% clozapina, 48,8% olanzapina, 4,2% quetiapina e 43,7% risperidona) e 15.984 (41,4%) em uso de antipsicótico de primeira geração. Os pacientes que receberam antipsicóticos de segunda geração (exceto risperidona) apresentaram maior prevalência de DM, principalmente indivíduos abaixo de 40 anos de idade (OR = 1,63, IC 95% = 1,23 – 2,16).

Estudo de Wu *et al.* (2006) realizado com 112 pacientes esquizofrênicos tratados com quatro antipsicóticos diferentes encontrou que, após tratamento, insulina, peptídeo-C e resistência à insulina aumentaram significativamente nos quatro grupos. Não houve alteração da glicemia de jejum. Os pacientes tratados com clozapina e olanzapina tiveram maior aumento de insulina de jejum, de peptídeo-C e dos níveis de resistência à insulina que os outros pacientes.

A diminuição da sensibilidade à insulina consequente ao aumento da adiposidade visceral é o principal mecanismo pelo qual o excesso de peso leva às disfunções do metabolismo glicídico. Embora a maior parte dos casos de hiperglicemia e DM provocados por antipsicóticos atípicos esteja associada ao ganho importante de peso, um número significativo ocorre em pacientes não obesos, evidenciando que os efeitos adversos sobre o metabolismo glicídico não podem ser inteiramente explicados pelo ganho de peso. Teixeira e Rocha (2006) referem que a *Federal Drug Administration* (FDA) contabilizou que 25% dos pacientes em uso de antipsicóticos que desenvolveram DM não apresentavam obesidade ou ganho de peso significativo.

A diminuição da secreção de insulina, inibição do transporte de glicose nas células, o bloqueio de receptores 5HT1A das células beta das ilhotas pancreáticas e a inibição da liberação de insulina por receptores b2-adrenérgicos também têm sido apontados como possíveis causas dos distúrbios metabólicos induzidos pelos antipsicóticos (DWYER *et al.*, 2001; TEIXEIRA; ROCHA, 2006).

A incidência de dislipidemia em pacientes com esquizofrenia tem sido menos estudada do que o diabetes e a obesidade (KELTNER, 2006; MONTELEONE; MARTIADIS; MAJ, 2009).

Distúrbios do metabolismo lipídico estão associados ao uso de antipsicóticos atípicos, embora nem todas as drogas estejam implicadas nesta associação. Altos níveis de obesidade, níveis reduzidos de exercício e dietas inadequadas em indivíduos esquizofrênicos também estão relacionados ao aumento da prevalência de dislipidemia neste grupo, em comparação com a população geral (TEIXEIRA; ROCHA, 2006).

No estudo de Lindenmayer *et al.* (2003), tanto a olanzapina como a clozapina se associaram à elevação dos níveis de colesterol total, o mesmo não ocorrendo com a risperidona e o haloperidol. Henderson *et al.* (2005), em acompanhamento de pacientes em uso de clozapina por até 10 anos, encontraram elevação significativa dos triglicérides séricos, mas não do colesterol total. Brown e Estoup (2005) encontraram aumento de 8% no colesterol total, 11% no LDL-c, 27% nos triglicérides e diminuição de 4% no HDL-c nos pacientes em uso de olanzapina, comparados a uma redução de 7% no colesterol total, 14% de redução no

LDL-c, 7% nos triglicérides e 8% de aumento no HDL-c no grupo tratado com ziprasidona. Apesar do aumento das médias, o colesterol permaneceu dentro dos valores clínicos normais. Wu *et al.* (2006) encontraram níveis de colesterol e triglicérides significativamente maiores no grupo da olanzapina e clozapina. Em estudo brasileiro realizado por Attux, Quintana e Chaves (2007), encontrou-se níveis de colesterol total e triglicérides aumentados e de HDL-c reduzido após o tratamento, o que pode causar um aumento das doenças cardiovasculares.

Em se tratando de antipsicóticos, as alterações no metabolismo lipídico podem estar relacionadas à estrutura de três anéis dos compostos dibenzodiazepínicos (clozapina, quetiapina e olanzapina), de configuração espacial similar ao núcleo fenotiazínico, que também está implicado em efeitos adversos sobre o metabolismo lipídico (TEIXEIRA; ROCHA, 2006).

O comportamento alimentar de esquizofrênicos tem sido muitas vezes visto como falta de controle. Kraepelin (1919) descreveu como apetite voraz e observou que alguns pacientes com esquizofrenia exibiam hábitos alimentares bizarros e frequentemente eram obesos. Bleuler (1911) achava que havia uma tendência a “engolir todos os tipos de coisas, até mesmo seus próprios excrementos, que por vezes é acompanhada pelo prazer do paladar e às vezes não”. Bruch (1957), por outro lado, há décadas, explorou mais como uma defesa adaptativa contra estresse, para a manutenção do controle, pensando que o excesso de peso funciona como um equivalente para a proteção contra a doença esquizofrênica e que a superalimentação e a obesidade podem ter valores po-

sitivos na manutenção da estabilidade clínica (apud YUM; CARACCI; HWANG, 2009).

Atualmente, sabe-se que os fatores ambientais envolvendo estilo de vida podem predispor à morbimortalidade relacionada ao desenvolvimento do aumento ponderal, doenças endócrinas e doença cardiovascular. O tabagismo, o uso do álcool, a dieta inadequada e o sedentarismo aumentam a mortalidade na população geral. Além de estudos associarem altas taxas de ingestão de bebidas alcoólicas em pacientes esquizofrênicos, há também a evidência de que consomem uma dieta mais rica em gordura e baixa em fibras do que a população de referência, existindo ainda a associação de medicação antipsicótica com apetite aumentado e mania (compulsão) por carboidratos (AZEVEDO *et al.*, 2006a).

Também Von Hausswolff-Juhlin *et al.* (2009) referem que pacientes com esquizofrenia tendem a consumir uma dieta inadequada, rica em gordura, pobre em fibras e em média, com menos de 50% da ingestão recomendada de frutas e hortaliças. Armani (2007) encontrou em seu estudo que os pacientes tinham o hábito de ingerir mais refrigerantes e menos óleos vegetais e castanhas, que são boas fontes de antioxidantes, vitamina E, carotenóides e ácidos graxos essenciais.

McCreadie (2003) cita que o aumento de peso pode estar relacionado com dietas pobres, principalmente em frutas e hortaliças, onde o consumo médio destes alimentos num grupo estudado era de 16 porções por semana, quando a recomendação é de 5 porções diárias. Já outro estudo não detectou mudanças na composição da dieta em quatro

semanas no que tange a carboidratos, gorduras e proteínas (GOTHELF *et al.*, 2002).

Em estudo realizado em Fortaleza, Batista (2008) identificou o seguinte hábito alimentar entre pacientes esquizofrênicos, sem diferença considerando o sexo: ingestão adequada de macronutrientes, de gorduras saturadas e polinsaturadas, de colesterol e de açúcar refinado; ingestão insuficiente de fibras e excessiva de sal e sódio; as mulheres também ingeriram calorias excessivas em relação às suas necessidades. Apesar de as médias de consumo terem sido adequadas para a maioria dos nutrientes analisados, foi alto o percentual de indivíduos com ingestão proteica elevada (47,54%), excesso de colesterol (49,18%) e excesso de ingestão de açúcar simples (49,18%); também alto foi o percentual de pacientes com ingestão insatisfatória de fibras (50,82%).

Outros estudos também realizados em Fortaleza encontraram consumo excessivo de calorias totais e de açúcares simples (ALMEIDA, 2003; BANDEIRA, 2004; PONTES, 2006), de gorduras totais (BANDEIRA, 2004), de gordura saturada, colesterol e açúcares simples bem como deficiente ingestão de fibras (PONTES, 2006).

A razão exata para esta ligação entre a dieta inadequada e esquizofrenia não é conhecida, mas pode ser relacionada a fatores como o desemprego e tabagismo – os quais são vistos em níveis elevados na esquizofrenia e têm sido associados com baixos padrões alimentares. Além disto, sintomas negativos da esquizofrenia, tais como apatia, podem influenciar a seleção da dieta para alimentos menos convenientes (VON HAUSSWOLFF-JUHLIN *et al.*, 2009). O

aumento do apetite pode estar relacionado à interação dos antipsicóticos atípicos com os receptores de dopamina, serotonina e histamina (WERNEKE; TAYLOR; SANDERS, 2002).

Tem sido relatado que os países com uma maior ingestão de gorduras saturadas provenientes de carnes vermelhas e aves tiveram pior evolução da esquizofrenia do que os países com relativamente mais elevada ingestão de ácidos graxos polinsaturados provenientes de peixes, mariscos e hortaliças, assim confirmando a observação de um melhor resultado da esquizofrenia nos países em desenvolvimento do que nos países industrializados (ARMANI, 2007).

### **3. CONFRONTANDO TEORIA E PRÁTICA: UM OLHAR NA REALIDADE DA CIDADE DE FORTALEZA**

O estudo de Batista (2011), já citado, foi realizado no Serviço de Saúde Mental do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC). Assim, a população do estudo é representada pelos pacientes esquizofrênicos acompanhados neste Serviço.

No período de 2003 a 2011, pesquisadores ligados à Universidade Federal do Ceará (UFC) e à Universidade Estadual do Ceará (UECE) desenvolveram estudos junto aos pacientes atendidos no serviço citado, focalizando as inter-relações entre esquizofrenia, uso de antipsicóticos atípicos e situação nutricional. Parte dos estudos foi financiada pela Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP), Edital 003/2006.



Os primeiros achados desses estudos foram transformados em cinco monografias de conclusão de curso de graduação em Nutrição da UECE (ALMEIDA, 2003; BANDEIRA, 2004; PONTES, 2006; BATISTA, 2008, MESQUITA, 2010) e levaram o foco sobre a síndrome metabólica.

A amostra foi representada por todos os pacientes que procuraram o serviço durante os meses de março a agosto do ano de 2010, desde que atendessem aos seguintes critérios de inclusão: ser esquizofrênico, ser adulto (18-60 anos), estar em uso de antipsicótico atípico como única modalidade terapêutica ou associado a outros antipsicóticos atípicos ou não há, no máximo, 10 anos e concordar em participar do estudo mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Nos dias citados, foram agendados 426 pacientes. Deste total, 35 pacientes não compareceram no dia marcado, 178 não tinham o diagnóstico de esquizofrenia, 60 tinham mais de 60 anos, dois pacientes eram menores de 18 anos e 22 não concordaram em participar do estudo. É importante citar ainda que, como o estudo durou mais de três meses e este é o tempo médio de retorno, alguns pacientes já captados no estudo (48) retornaram ao ambulatório para novas consultas. Assim, a amostra, foi integrada por 81 pacientes.

Para efeito de diagnóstico de Síndrome Metabólica, os dados foram interpretados segundo a I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2005), cujos critérios requerem o achado de três ou mais dos seguintes componentes: 1) Diâmetro de cintura  $\geq 102$  cm

para homens e  $\geq 88$  cm para mulheres; 2) Triglicérides  $\geq 150$  mg/dL ou uso de medicação específica; 3) HDL-colesterol  $< 40$  mg/dL para homens e  $< 50$  mg/dL para mulheres ou uso de medicação específica; 4) PAS  $\geq 130$  mmHg, PAD  $\geq 85$  mmHg, ou uso de anti-hipertensivo; e 5) Glicemia de jejum  $\geq 100$  mg/dL ou uso de hipoglicemiante.

Na entrevista, os pacientes informaram o consumo dos alimentos em medidas caseiras, que foram transformadas em gramas, de acordo com Pinheiro *et al.* (2000), utilizando como inquérito dietético um questionário de frequência qualiquantitativa de consumo alimentar adaptada do instrumento desenvolvido e validado por Henriques (2001). Para a verificação do estado nutricional, determinado a partir do índice de massa corporal [peso (Kg)/altura (m)<sup>2</sup>], os pacientes foram pesados e medidos em balança antropométrica mecânica tipo Filizola, capacidade 150 Kg e intervalo de 100g, cujo antropômetro acoplado mede até 2m, com sensibilidade de 0,5cm.

A gordura corporal foi determinada através de bioimpedância elétrica tetrapolar, utilizando-se o aparelho Maltron BioScan®, procedendo-se à leitura do percentual de gordura corporal diretamente no equipamento. Foram seguidas as instruções do fabricante para a realização do exame.

Na análise inferencial, foram realizados testes de hipótese paramétricos para verificar as diferenças de médias, aplicando-se o teste t de Student para populações independentes e para dados emparelhados, além do teste para diferença de proporções. Foram realizados, ainda, testes não paramétricos, para verificar a existência de associação entre

variáveis qualitativas e/ou categóricas, aplicando-se o teste de Qui-Quadrado ou de Fisher. Adotou-se  $p < 0,05$  como nível de significância.

Dentre os 81 pacientes estudados, 41 eram do sexo feminino (50,6%) e 40 do sexo masculino (49,4%). A idade média encontrada foi de 37,4 anos (18–60 anos), sendo levemente menor entre os homens (35,6 anos, 18–56 anos) do que entre as mulheres (39,2 anos, 18–60 anos). A maioria de homens (55,0%) e mulheres (56,1%) já tinha a doença há mais de sete anos. Em média, os pacientes eram acometidos pela doença há 8,3 anos (2–31 anos).

A maioria dos pacientes utilizava antipsicóticos há mais de seis anos (80,0% dos homens e 63,4% das mulheres). Em média, o tempo de uso dos medicamentos foi de 7,31 anos (2–10 anos). Os medicamentos antipsicóticos atípicos utilizados foram listados na Tabela 1.

**Tabela 1** – Distribuição dos pacientes estudados segundo medicação utilizada e sexo – Fortaleza, Ceará, 2010.

Medicação em uso	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino		N	%
	N	%	N	%		
Olanzapina e/ou clozapina	15	37,50	14	34,15	29	35,80
Risperidona e/ou quetiapina	7	17,50	8	19,51	15	18,52
Ziprasidona e/ou aripiprazol	3	7,50	2	4,88	5	6,17
Olanzapina e/ou clozapina + ziprasidona e/ou aripiprazol	2	5,00	5	12,20	7	8,64
Olanzapina e/ou clozapina + risperidona e/ou quetiapina	2	5,00	1	2,43	3	3,70
Outro(s) antipsicótico(s) atípico(s)	4	10,00	4	9,76	8	9,88
Antipsicótico atípico + medicação tradicional	7	17,50	7	17,07	14	17,29
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,00</b>	<b>41</b>	<b>100,00</b>	<b>81</b>	<b>100,00</b>

Evidencia-se alta proporção de indivíduos (54,32%) portadores de SM, com maior concentração do distúrbio entre os homens (57,50%) do que entre as mulheres (52,22%). Não houve associação entre o sexo e a prevalência de síndrome metabólica ( $p = 0,128$ ).

Houve diferença significativa no perfil antropométrico e de composição corporal dos pacientes, segundo presença da síndrome metabólica (Tabela 2).

**Tabela 2** – Diferenças na antropometria e composição corporal de pacientes esquizofrênicos segundo diagnóstico de síndrome metabólica. Fortaleza, Ceará, 2010.

<b>Composição corporal</b>	<b>Sem SM (n=37)</b>	<b>Com SM (n=44)</b>	<b>p*</b>
<b>IMC, kg/m<sup>2</sup></b>	27,2 (5,1)	32,1 (5,8)	<0,001
<b>Massa gorda, %</b>	38,7 (10,2)	46,9 (11,7)	0,001

IMC: índice de massa corporal; SM: síndrome metabólica. \* teste de t de Student. Valores expressos em média e desvio padrão

Meyer *et al.* (2005) e Azevedo (2006) também encontraram valores de IMC maiores no grupo de pacientes que apresentavam SM. É bem estabelecida a relação entre aumento de peso e aumento dos riscos para o desenvolvimento de SM. Estudos com pacientes esquizofrênicos evidenciam, também, que, na presença de síndrome metabólica, o IMC dos pacientes é significativamente mais alto do que os que não têm síndrome, assim como no presente estudo ( $p = <0,001$ ). Cohn *et al.* (2004), em estudo canadense com 240 pacientes com esquizofrenia ou transtorno esquizoafetivo, encontraram significância tanto para homens ( $p = 0,016$ ) como para mulheres ( $p = 0,000$ ). Azevedo (2006) em estudo realizado em Porto Alegre com 124 pacientes esquizofrênicos também encontrou significância analisando o grupo todo ( $p = <0,001$ ).

Também no estudo CATIE (NASRALLAH, 2006), o IMC foi mais elevado nos pacientes com SM ( $p = <0,001$ ).

A prevalência de acúmulo de gordura abdominal e gordura total foi maior no grupo de pacientes com SM assim como as respectivas médias. Corroborando os dados do presente estudo, Azevedo (2006) encontrou maior prevalência de acúmulo de gordura abdominal nos pacientes portadores de SM (73,80% versus 17,30%). Meyer *et al.* (2005) identificaram valores maiores que os do presente estudo para ambos os sexos (105,87cm versus 90,71cm nos homens e 96,24cm versus 85,25cm nas mulheres). Não foram encontrados estudos com pacientes esquizofrênicos que comparassem a gordura corporal de pacientes com e sem síndrome metabólica.

Não houve diferença significativa no consumo alimentar dos pacientes avaliados, segundo presença da síndrome metabólica (Tabela 3).

**Tabela 3** – Diferenças no consumo alimentar de pacientes esquizofrênicos segundo diagnóstico de síndrome metabólica, Fortaleza, Ceará, 2010.

Consumo alimentar	Sem SM (n=37)	Com SM (n=44)	p*
Energia (kcal)	2809,2 (1606,5)	3018,1 (1486,1)	0,545
Proteínas (%)	15,8 (4,2)	14,7 (4,4)	0,282
Lipídios (%)	28,6 (8,5)	26,3 (9,3)	0,250
Ácido graxo poli-insaturado (%)	5,7 (4,4)	5,0 (3,4)	0,426
Ácido graxo monoinsaturado (%)	6,0 (2,6)	6,0 (3,2)	0,962
Ácido graxo saturado (%)	7,1 (2,5)	7,0 (3,4)	0,875
Carboidratos (%)	55,6 (9,5)	59,0 (11,0)	0,146
Açúcar simples (%)	5,5 (2,9)	5,6 (3,7)	0,928
Fibra alimentar (g)	28,0 (14,4)	34,0 (25,0)	0,205
Sódio (MG)	4783,7 (1917,1)	4945,3 (2655,1)	0,758

SM: síndrome metabólica; \*teste de t de Student. Valores expressos em média e desvio padrão.

O papel dos fatores dietéticos na presença e no desenvolvimento da SM não está estabelecido de forma definitiva. Em geral, as medidas preventivas que dizem respeito à alimentação têm sido avaliadas em relação a cada um dos componentes da SM de forma independente (STEEMBURGO *et al.*, 2007).

A literatura vem apontando que o tratamento da esquizofrenia com antipsicóticos atípicos pode estar associado a alterações metabólicas importantes, dentre elas, a síndrome metabólica. (TEIXEIRA; ROCHA, 2007a; b; KATO *et al.*, 2004). No entanto, nem sempre um antipsicótico em particular emerge como o responsável por tais alterações (KATO *et al.*, 2004).

Tem sido proposto que, em pacientes que desenvolvem sobrepeso e obesidade, se avalie a mudança de antipsicóticos como a clozapina e a olanzapina para outros com menos efeitos sobre o peso e desencadeamento de anormalidades metabólicas, desde que as condições psiquiátricas do paciente a permitam, dando-se preferência ao uso de ziprasidona e aripiprazol (ROJAS, 2009).

Apesar da falta de associação, as elevadas prevalências de excesso de peso e obesidade encontradas justificam o desenvolvimento de estudos mais direcionados para identificar com maior acurácia o verdadeiro papel dos medicamentos no surgimento de alterações metabólicas. É importante que a equipe de saúde monitorize a evolução antropométrica dos pacientes avaliados e analise se é possível ou não seguir a preconização de Rojas (2009). No presente estudo, o percentual de utilização de ziprazidona e/ou aripiprazol foi de 6,17%, sendo que, em 8,64%, estava associado à olanzapina

e/ou clozapina. Pode ser que já seja uma tentativa da equipe de melhorar o estado nutricional dos pacientes, mas não foi objetivo, aqui, avaliar tal mudança nos protocolos.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar este capítulo, é importante destacar tanto algumas limitações do estudo apresentado como seu potencial de contribuição para a implementação do atendimento a pacientes portadores de esquizofrenia.

Entre as limitações, pode-se citar o seu desenho transversal, que dificulta as inferências de causa-efeito dos resultados e o tamanho da amostra, uma vez que, em um número maior de indivíduos, algumas associações poderiam emergir. Outro importante fator limitante a ser citado, não ligado diretamente ao desenho do estudo, mas com consequências sobre este, é o fato de o tratamento da esquizofrenia incluir trocas de antipsicóticos com diversas dosagens, além do uso concomitante com outros medicamentos, que podem ter interações com o ganho de peso e alterações metabólicas. Adicionalmente, existe a possibilidade de haver uma influência das orientações nutricionais recebidas no setor, pois, como não há uma participação específica do profissional nutricionista na equipe, não foram levantadas quais as orientações nutricionais efetuadas pelos demais profissionais.

Apesar de tais limitações, o estudo apresenta uma avaliação que tem sido pouco explorada na literatura, tanto quanto à descrição do consumo alimentar deste grupo populacional, que evidenciou ingestão de risco à saúde, como ao apontar uma ocorrência preocupante de síndrome metabólica.

## 5. REFERÊNCIAS

ABOUL-FOTOUH, S.; ELGAYAR, N. Atypical antipsychotics such as risperidone, but not paliperidone, worsen vascular endothelial function via upregulation of adhesion molecules VCAM-1, ICAM-1, and E-selectin in diabetic rats. **Canadian journal of physiology and pharmacology**, v. 91, n. 12, p. 1119-1126, 2013.

ABREU, P. B.; BOLOGNESI, G.; ROCHA, N. Prevenção e tratamento de efeitos adversos de antipsicóticos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 22, suppl. 1, p. 41-44, 2000.

AGUIAR, C. C. T. *et al.* Esquizofrenia: uma doença inflamatória? **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 59, n. 1, p. 52-57, 2010.

ALBERTI, K. G. M. M. *et al.* Harmonizing the metabolic syndrome: a joint interim statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; and International Association for the Study of Obesity. **Circulation**, v. 120, p. 1640-1645, 2009.

ALBERTI, K. G.; ZIMMET, P. Z. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus provisional report of a WHO consultation. **Diabetes Medicinem**, v. 15, p. 538-553, 1999.

ALCAÑIZ, C. I. Esquizofrenia. **Muy Ilustre Colégio oficial de Farmacêuticos de Valencia**, s.v., s.n., p. 1-7, 2002.

ALLISON, D. B. *et al.* Antipsychotic-induced weight gain: a comprehensive research synthesis. **American Journal of Psychiatry**, v. 156, n. 11, p. 1686-1696, 1999.

ALMEIDA, J. Z. Excesso de peso, gordura abdominal e consumo calórico de pacientes esquizofrênicos e/ou com psicoses similares



tratados com antipsicóticos atípicos. Fortaleza, 2003. 85p. Monografia (Grau de Bacharel em Nutrição) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, 2003.

ALVES, C. R. R.; SILVA, M. T. A. A esquizofrenia e seu tratamento farmacológico. **Estudos de Psicologia**, v. 18, n. 1, p. 12-22, 2001.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION – ADA. Diagnosis and classification of Diabetes Mellitus. **Diabetes Care**, v. 33, suppl. 1, p. S62-S69, 2010.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION – ADA. Position statement: diagnosis and classification of diabetes mellitus. **Diabetes Care**, v. 27, suppl. 1, p. S5–S10, 2004.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION – ADA *et al.* Consensus Development Conference on Antipsychotic Drugs and Obesity and Diabetes. **Diabetes Care**, v. 27, n. 2, p. 596-601, 2004.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. Association/National Heart, Lung, and Blood Institute Scientific Statement: Diagnosis and management of the metabolic syndrome: an american heart: executive summary. **Circulation**, n. 112, p. 285-290, 2005.

ANDERSON, J. J. B. Minerais. In: MAHAN, L. K.; ESCOTT-STUMP, S. **Krause Alimentos, Nutrição & Dietoterapia**. São Paulo: Rocca, 2005. p. 115-155.

ARMANI, R. Is dietary pattern of schizophrenia patients different from healthy subjects? **BioMed Central Psychiatry**. v. 7, n. 15, p. 1-5, 2007.

ATTUX, C.; QUINTANA, M. I.; CHAVES, A. C. Weight gain, dislipidemia and altered parameters for metabolic syndrome on first episode psychotic patients after six-month follow-up. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 29, n. 4, p. 346-349, 2007.

AZEVEDO, C. L. L. **Estudo de síndrome metabólica em pacientes esquizofrênicos tratados com antipsicóticos**. 2006. 124f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas: Psiquiatria) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

AZEVEDO, C. L. L. *et al.* Sobre peso e obesidade em pacientes esquizofrênicos em uso de clozapina comparado com o uso de outros antipsicóticos. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 28, n. 2, p. 120-128, 2006a.

AZEVEDO, C.L. *et al.* Increased dyslipidemia in schizophrenic outpatients using new generation antipsychotics. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 28, n. 4, p. 301-304, 2006b.

AZEVEDO, C. L. L. *et al.* Ganho de peso e alterações metabólicas em esquizofrenia. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 34, s. 2, p. 184-188, 2007.

BALLONE, G. J. **Antipsicóticos atípicos ou de 2ª geração**. fev. 2005. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br>>. Acesso em: 22 set. 2007.

BANDEIRA, A. C. N. **Estado nutricional, ingestão alimentar, glicemia e lipidemia de pacientes psiquiátricos tratados com antipsicóticos atípicos-aspectos evolutivos**. Fortaleza, 2004. 99p. Monografia (Grau de Bacharel em Nutrição) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, 2004.

BANDELOW, B.; MEIER, A. Aripiprazole, a “Dopamine-Serotonin System Stabilizer” in the Treatment of Psychosis. **German Journal of Psychiatry**, v. 9, p. 9-16, 2003.

BARBOSA, P. J. B. *et al.* Critério de obesidade central em população brasileira: impacto sobre a síndrome metabólica. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 87, p. 407-414, 2006.

BATISTA, J. S. **Inter-relações entre sexo, gasto energético, perfil nutricional e parâmetros metabólicos em pacientes psiquiátricos em uso de antipsicóticos atípicos.** Fortaleza, 2008. 114p. Monografia (Grau de Bacharel em Nutrição) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, 2008.

BATISTA, J. S. Inter-relações entre ocorrência de síndrome metabólica, situação nutricional e antipsicótico atípico em pacientes esquizofrênicos usuários desta medicação. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2011.

BOBO, W. V. *et al.* Antipsychotics and the risk of type 2 diabetes mellitus in children and youth. **JAMA psychiatry**, v. 70, n. 10, p. 1067-1075, 2013.

BOLGER, A.; VERDOLINI, N.; AGIUS, M. Can metabolic side effects of antipsychotics be reversed by lifestyle changes?. **Psychia- tria Danubina**, v. 26, n. 1, p. 330-335, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Componente de medicamentos de dispensação excepcional.** Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar\\_texto.cfm?id-txt=31222](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?id-txt=31222)>. Acesso em: 10 out. 2009.

BRESSAN, J. *et al.* Impacto hormonal e inflamatório de diferentes composições dietéticas: ênfase em padrões alimentares e fatores dietéticos específicos. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, v. 53, n. 5, p. 572-581, 2009.

BROWN, R. R.; ESTOUP, M. W. Comparison of the metabolic effects observed in patients treated with ziprasidone versus olanzapine. **International Clinical Psychopharmacology**, v. 20, p. 105-112, 2005.

BUENO, J. R.; NARDI, A. E. Esquizofrenia: avanços no tratamento. In: \_\_\_\_\_. **Diagnóstico e tratamento em psiquiatria.** Rio de Janeiro: MEDSI, 2000. p. 171-218.

CABALLERO, E. Obesity, diabetes, and the metabolic syndrome: new challenges in antipsychotic drug therapy. **CNS Spectrums**, v. 8, n. 11, suppl. 2, p. 19-22, 2003.

CARDOSO, C.S. *et al.* Factors associated with low quality of life in schizophrenia. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 5, p. 1338-1348, 2005.

CAVICCHIA, P. P. *et al.* A new dietary inflammatory index predicts interval changes in serum high-sensitivity C-Reactive Protein 1-3. **Journal of Nutrition**, v. 139, p. 2365-2372, 2009.

CENTRO ANDALUZ DE DOCUMENTACIÓN E INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS – CADIME. Antipsicóticos atípicos: ventajas frente a los convencionales? **Boletín Terapéutico Andaluz**, Escuela Andaluza de Salud Pública, v. 18, n. 4, p. 13-16, 2002. [http://www.cadime.es/docs/bta/CADIME\\_BTA2002\\_18\\_4.pdf](http://www.cadime.es/docs/bta/CADIME_BTA2002_18_4.pdf)

CERQUEIRA FILHO, E. A. *et al.* Dislipidemias e antipsicóticos atípicos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 55, n. 4, p. 296-307, 2006.

CHUANG, S. Y.; CHEN, C.H.; CHOU, P. Prevalence of metabolic syndrome in a large health check-up population in Taiwan. **Journal of the Chinese Medical Association**, v. 67, n. 12, p. 611-620, 2004.

CIOLAC, E. G.; GUIMARÃES, G. V. Exercício físico e síndrome metabólica. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 10, n. 4, p. 319-324, 2004.

COHN, T. *et al.* Characterizing coronary heart disease risk in chronic schizophrenia: high prevalence of metabolic syndrome. **The Canadian Journal of Psychiatry**, v. 49, p. 753-760, 2004.

CORRELL, C. U. *et al.* Metabolic syndrome and the risk of coronary heart disease in 367 patients treated with second-generation antipsychotic drugs. **Journal of Clinic Psychiatry**, v. 67, p. 575-583, 2006.

DEITOS, F. T. *et al.* **Mito do cérebro**: esquizofrenia: o que se sabe de concreto cem anos depois. Santa Maria: Kaka do Zé, 1998.

DENG, C. Effects of antipsychotic medications on appetite, weight, and insulin resistance. **Endocrinology and metabolism clinics of North America**, v. 42, n. 3, p. 545-563, 2013.

DERITO, N. *et al.* Antipsicóticos atípicos (1º parte). **Alcmeon – Revista Argentina de Clinica Neuropsiquiátrica**, v. 11, n. 4, p. 72-91, 2004.

DURÃO, A. M. S.; SOUZA, M. C. B. M. Cotidiano de portadores de esquizofrenia, após uso de um antipsicótico atípico e acompanhamento em grupo: visão do familiar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 586-592, 2006.

DWYER, D. S. *et al.* Glucose metabolism in relation to schizophrenia and antipsychotic drug treatment. **Annals of Clinic Psychiatry**, v. 13, p. 103-113, 2001.

ELKIS, H. *et al.* Consenso brasileiro sobre antipsicóticos de segunda geração e distúrbios metabólicos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 30, n. 1, p. 77-85, 2008.

ESPOSITO K. *et al.* Effect of a Mediterranean-style diet on endothelial dysfunction and markers of a vascular inflammation in the metabolic syndrome – a randomized trial. **Journal of American Medical Association**, v. 292, n. 12, p. 1440-1446, 2004.

FALKAI, P. *et al.* Diretrizes da Federação Mundial das sociedades de psiquiatria biológica para o tratamento biológico da esquizofrenia. Parte 2: tratamento de longo prazo. **Revista de Psiquiatria Clínica**, n. 33, supl 2, p. 65-70, 2006.

FARAH, A. Atypicality of atypical antipsychotics. **Journal of Clinical Psychiatry**, v. 7, n. 6, p. 268-274, 2005.

FOLQUITTO, J. C. *et al.* Efficacy and safety of brand-risperidone versus similar-risperidone in elderly patients with neuropsychiatric disorders: a retrospective study. **Dement Neuropsychology**, v. 4, n.1, p. 69-74, 2010.

FORD, E. S. Prevalence of the metabolic syndrome defined by the International Diabetes Federation among adults in the U.S. **Diabetes Care**, v. 28, n. 11, p. 2745-2749, 2005.

FORD, E. S.; GILES, W. H.; DIETZ, W. H. Prevalence of the metabolic syndrome among US adults. **Journal of American Medical Association**, v. 287, n. 16, p. 356-359, 2002.

FREIRE, R. D. *et al.* Dietary fat is associated with metabolic syndrome in Japanese Brazilians. **Diabetes Care**, v. 28, p. 1779-1785, 2005.

FREITAS, E. D.; HADDAD, J. P. A.; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, G. Uma exploração multidimensional dos componentes da síndrome metabólica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 5, p. 1073-1082, 2009.

GAAL, L. F. V. Long-term health considerations in schizophrenia: metabolic effects and the role of abdominal adiposity. **European Neuropsychopharmacology**, v. 16, p. 142-148, 2006.

GIBSON, R. C. *et al.* Zuclopenthixol acetate for acute schizophrenia and similar serious mental illnesses. **The Cochrane Library**, 2004.

GOLDMAN, L.; AUSIELLO, D. Transtornos esquizofrênicos. In: \_\_\_\_\_. **Tratado de Medicina Interna**. Tradução Ana Kemper *et al.* 22. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. v. 2. p. 2596-2598.

GOTHELF, D. *et al.* Weight gain associated with increased food intake and low habitual activity levels in male adolescent schizophrenic in patients treated with olanzapine. **American Journal of Psychiatry**, v. 159, p. 1055–1060, 2002.

GRAHAM, K. A. *et al.* Effect of Olanzapine on body composition and energy expenditure in adults with first-episode psychosis. **American Journal of Psychiatry**, v. 162, p. 118-123, 2005.

GREEN, A. I. *et al.* Weight gain from novel antipsychotic drugs: need for action. **General Hospital Psychiatry**, v. 22, p. 224-35, 2000.

GUPTA, R. *et al.* Prevalence of metabolic syndrome in a Indian urban population. **International Journal of Cardiology**, v. 97, n. 2, p. 257-261, 2004.

HENDERSON, D. C. *et al.* Clozapine, diabetes mellitus, hyperlipidemia, and cardiovascular risks and mortality: results of a 10-year naturalistic study. **Journal of Clinic Psychiatry**, v. 66, n. 9, p. 1116-1121, 2005.

HENRIQUES, E. M. V. **Reprodutibilidade e validade de um Questionário de Frequência Alimentar em Mulheres de Baixa Renda**. Fortaleza, 2001. 96p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2001.

HOLT, R. I. G.; PEVELERT, R. C.; BYRNE, C. D. Schizophrenia, the metabolic syndrome and diabetes. **Diabetes Medicine**, v. 21, p. 515-523, 2004.

INTERNACIONAL DIABETES FEDERATION – IDF. **The IDF consensus worldwide definition of the metabolic syndrome**. Belgium: Internacional Diabetes Federation, 2006.

KATO, M. M. *et al.* Prevalence of metabolic syndrome in hispanic and non-hispanic patients with schizophrenia. **The Primary Care Companion of the Journal of Clinical Psychiatry**, v. 6, n. 2, p. 74-77, 2004.

KELTNER, N. L. Biological perspectives. metabolic syndrome: schizophrenia and atypical antipsychotics. **Perspectives in Psychiatric Care**, v. 42, n. 3, p. 204-207, 2006.

KORO, C. *et al.* Assessment of the independent effects of olanzapine and risperidone exposure on the risk of hyperlipidemia in schizophrenic patients. **Archives of General Psychiatry**, v. 59, p. 1021-1026, 2002.

LARA, D. R.; BELMONTE DE ABREU, P. Esquizofrenia. In: KAPCZINSKI, F.; QUEVEDO, J.; IZQUIERDO, I. (Ed.). **Bases biológicas dos transtornos psiquiátricos**. Porto Alegre, Artes Médicas, 2000. p. 109-117.

LIMA, A. R.; BACALTCHUK, J.; FERRAZ, M. P.T. Pharmacological treatment of neuroleptic-induced akathisia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 23, n. 2, p. 110-116, 2001.

LINDENMAYER, J. P. *et al.* Changes in glucose and cholesterol levels in patients with schizophrenia treated with typical or atypical antipsychotics. **American Journal of Psychiatry**, v. 160, n. 2, p. 290-296, 2003.

LIPSCOMBE, L. L. *et al.* Atypical antipsychotics and hyperglycemic emergencies: multicentre, retrospective cohort study of administrative data. **Schizophrenia research**, v. 154, n. 1, p. 54-60, 2014.

LOBO, A. O.; RUIZ, I. M. Nuevos antipsicóticos. **Información terapéutica del Sistema nacional de Salud**, v. 25, n. 1, p. 1-8, 2001.

LOPES, A. C. S. *et al.* Consumo de nutrientes em adultos e idosos em estudo de base populacional: Projeto Bambuí. **Caderno de Saúde Pública**, v. 21, n. 4, p. 1201-1209, 2005.



LOTTENBERG, A. M. P. Características da dieta nas diferentes fases da evolução do diabetes melito tipo 1. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 52, n. 2, p. 250-259, 2008.

MARDER, S.R.; ESSOCK, S.M; MILLER, A.L. *et al.* Physical health monitoring of patients with schizophrenia. **American Journal of Psychiatry**, v. 161, p. 1334-1349, 2004.

MARI, J.J.; LEITÃO, R.J. A epidemiologia da esquizofrenia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 22, suppl. I, p. SI15-SI17, 2000.

MATTOS, L. L.; MARTINS, I. S. Consumo de fibras alimentares em população adulta. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 1, p. 50-55, 2000.

Mc CREADIE, R. G. Diet, smoking and cardiovascular risk in people with schizophrenia. **British Journal of Psychiatry**, v. 183, p. 534-539, 2003.

Mc EVOY, J. P. *et al.* Prevalence of the metabolic syndrome in patients with schizophrenia: baseline results from the Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) schizophrenia trial and comparison with national estimates from NHANES III. **Schizophrenia Research**, v. 80, n. 1, p. 19-32, 2005.

Mc HUGH, P. R. Desordens que afetam as funções integrativas superiores. Demência. In: LUYNGAARDEN, J. B.; SMITH, J. **Tratado de medicina interna**. 16. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1984. v. 2, cap. 44, p. 2016-2019.

MEIGS, J. B. *et al.* Prevalence and characteristics of the metabolic syndrome in the San Antonio Heart and Framingham Offspring Studies. **Diabetes**, v. 52, n. 8, p. 2160-2167, 2003.

MELKERSSON, K. I. HULTING, A. L.; BRISMAR, K. E. Elevated levels of insulin, leptin, and blood lipids in olanzapine-treated patients with schizophrenia or related psychoses. **Journal of Clinic Psychiatry**, v. 61, n. 10, p. 742-749, 2000.

MELLO, V. D.; LAAKSONEN, D. E. Fibras na dieta: tendências atuais e benefícios à saúde na síndrome metabólica e no diabetes melito tipo 2. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, v. 53, n. 5, p. 509-518, 2009.

MENEZES, P. R. Prognóstico da esquizofrenia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 22, supl. 1, p. 18-20, 2000.

MESQUITA, F. M. **Análise Comparativa de Diferentes Equipamentos:** gordura corporal e gasto energético de pacientes esquizofrênicos em uso de antipsicóticos atípicos. Fortaleza, 2010. 53p. Monografia (Grau de Bacharel em Nutrição) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, 2010.

MEYER, J. M. A retrospective comparison of weight, lipid and glucose changes between risperidone – and olanzapine – treated inpatients: metabolic outcomes after 1 year. **Journal of Clinical Psychiatry**, v. 63, p. 425-433, 2002.

MEYER, J. M. *et al.* The Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) schizophrenia trial: clinical comparison of subgroups with and without the metabolic syndrome. **Schizophrenia Research**, v. 80, p. 9-18, 2005.

MEYER, J. M.; KORO, C. E. The effects of antipsychotic therapy on serum lipids: a comprehensive review. **Schizophrenia Research**, v. 70, p. 1-17, 2004.

MEYER, J. M.; STAHL, S. M. The metabolic syndrome and schizophrenia. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 119, n. 1, p. 4-14, 2009.

MOLINA, M. de. C. B. *et al.* Hipertensão arterial e consumo de sal em população urbana. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 6, p. 743-750, 2003.

MONTELEONE, P.; MARTIADIS, V.; MAJ, M. Management of schizophrenia with obesity, metabolic, and endocrinological disorders. **Psychiatric Clinic of North America**, v. 32, p. 775-794, 2009.

MOREIRA, F. A.; GUIMARÃES, F. S. Mecanismos de ação dos antipsicóticos: hipóteses dopaminérgicas. **Medicina**, v. 40, n. 1, p. 63-71, 2007. <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/304/305>

MUJICA, V. *et al.* Evaluation of metabolic syndrome in adults of Talca city, Chile. **Nutrition Journal**, v. 7, n. 14, p. 1-6, 2008.

MUNDET-TUDURÍ, X. *et al.* Cardiovascular risk factors in chronic treatment with antipsychotic agents used in primary care. **Revista de Neurologia**, v. 57, n. 11, p. 495-503, 2013.

NAKAZONE, M. A. *et al.* Prevalência de síndrome metabólica em indivíduos brasileiros pelos critérios de NCEP-ATPIII e IDF. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 53, n. 5, p. 407-413, 2007.

NASRALLAH, H. A. Metabolic findings from the CATIE trial and their relation to tolerabilit. **CNS Spectrums**, v. 11, suppl 7, p. 32-39, 2006.

NATIONAL CHOLESTEROL EDUCATION PROGRAM – NCEP. Executive summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program. Expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment of High Cholesterol in Adults (ATP III). **Journal of the American Medical Association**, v. 285, n. 02-5215, p. 2486-2497, 2001.

NEWCOMER, J. W. Abnormalities of glucose metabolism associated with atypical antipsychotic drugs. **Journal of Clinical Psychiatry**, v. 65, suppl 18, p. 36-46, 2004.

NUNES, E. P.; BUENO, J. R.; NARDI, A. E. Esquizofrenia. In: \_\_\_\_\_. **Psiquiatria e saúde mental: conceitos clínicos e terapêuticos fundamentais**. São Paulo: Atheneu, 2001. cap. 10. p. 91-105.

OLIVEIRA, I. R. *et al.* Review of the efficacy of placebo in comparative clinical trials between typical and atypical antipsychotics. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 31, n. 1, p. 52-56, 2009.

OLIVEIRA, R. M. S. *et al.* Influência do estado nutricional progressivo sobre o desenvolvimento da síndrome metabólica em adultos. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 92, n. 2, p. 107-112, 2009.

PEREIRA, L. O.; FRANSCHINI, R. P. de; LANCHETA JR., A. H. Obesidade: hábitos nutricionais, sedentarismo e resistência à insulina. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 47, n. 2, p. 111-127, 2003.

PINHEIRO, A. B. V. *et al.* **Tabela para avaliação de consumo alimentar em medidas caseiras**. 4. ed. São Paulo: Atheneu, 2000.

PONTES, C. R. **Alterações antropométricas, dietéticas e metabólicas em pacientes psiquiátricos que utilizam antipsicóticos atípicos**. Fortaleza, 2006. 91p. Monografia (Grau de Bacharel em Nutrição) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, 2006.

PRIEBE, S. *et al.* Employment, attitudes toward work, and quality of life among people with schizophrenia in three countries. **Schizophrenia Bulletin**, v. 24, n. 3, p. 469-477, 1998.

REIS, J. S. *et al.* Diabetes Mellitus Associado com drogas antipsicóticas atípicas: relato de caso e revisão da literatura. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 51, n. 3, p. 488-493, 2007.

RIBEIRO FILHO, F. F. *et al.* Gordura visceral e síndrome metabólica: mais que uma simples associação. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, v. 50, n. 2, p. 230-238, 2006.

RIBEIRO, A. B.; CARDOSO, M. A. Construção de um questionário de frequência alimentar como subsídio para programas de prevenção de doenças crônicas não transmissíveis. **Revista de Nutrição**, v. 15, n. 2, p. 239-245, 2002.

ROJAS, G. P. *et al.* Alteraciones metabólicas asociadas al uso de terapia antipsicótica. **Revista Médica de Chile**, v. 137, n. 1, p. 106-114, 2009.

SAARNI, S. E. *et al.* Body composition in psychotic disorders: a general population survey. **Psychological Medicine**, v. 39, n. 5, p. 801-810, 2009.

SAATCIOGLU, O. *et al.* Relationship between metabolic syndrome and clinical features, and its personal-social performance in patients with schizophrenia. **Psychiatric Quarterly**, p. 1-16, 2015.

SADOCK, B. J.; KAPLAN, H. I. Esquizofrenia. In: \_\_\_\_\_. **Compendio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. cap. 13, p. 439-466.

SANTOS, C. R. B. *et al.* Fatores dietéticos na prevenção e tratamento de comorbidades associadas à síndrome metabólica. **Revista de Nutrição**, v. 19, n. 3, p. 389-401, 2006.

SARALOLI, L. B. *et al.* Prevalência de síndrome metabólica em estudo de base populacional, Vitória, ES – Brasil. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, v. 51, n. 7, p. 1143-1152, 2007.

SARNO, F. *et al.* Consumo de sódio e síndrome metabólica: uma revisão sistemática. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, v. 53, n. 5, p. 608-616, 2009.

SENA, E. P. *et al.* Diabetes mellitus and atypical antipsychotics. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 25, n. 4, p. 253-257, 2003.

SERNYAK, M. J. *et al.* Association of diabetes mellitus with use of atypical neuroleptics in the treatment of schizophrenia. **American Journal of Psychiatry**, v. 159, p. 561-566, 2002.

SHARPE, J. K. *et al.* Energy expenditure and physical activity in clozapine use: implications for weight management. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, v. 40, p. 810-814, 2005.

SILVEIRA, V. M. F. *et al.* Metabolic syndrome in the 1982 Pelotas cohort: effect of contemporary lifestyle and socioeconomic status. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, v. 54, n. 4, p. 390-397, 2010.

SIMÃO, A. N. C. *et al.* Effect of n-3 fatty acids in glycemic and lipid profiles, oxidative stress and total antioxidant capacity in patients with the metabolic syndrome. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, v. 54, n. 5, p. 463-469, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. I **Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica (I-DBDTSM)**, 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. IV Diretrizes Brasileiras sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 88, suppl. 1, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA – SBC. VI **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (VI-DBHA)**, 2010.

SRISURAPANONT, M. *et al.* Metabolic syndrome in Thai schizophrenic patients: a naturalistic one-year follow-up study. **BMC Psychiatry**, v. 7, n. 14, p. 7-14, 2007.

STEEMBURGO, T. *et al.* Fatores dietéticos e síndrome metabólica. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, v. 51, n. 9, p. 1425-1433, 2007.

STIP, E. Antipsicóticos nuevos: temas y controversias: tipicidad de los antipsicóticos atípicos. **Revista de Psiquiatria del Uruguay**, v. 65, n. 1, p. 70-91, 2001.

SUELA, F. G. Tratamiento actual com antipsicóticos de la esquizofrenia. **Farmacologia Hospitalar**, v. 22, n. 4, p. 207-212, 1998.

SUSSMAN, N. Review of atypical antipsychotics and weight gain. **Journal of Clinical Pssychiatry**, v. 62, p. 5-12, 2001.

TALATI, R. *et al.* The comparative efficacy of plant sterols and stanols on serum lipids: a systematic review and meta-analysis. **Journal of the American Dietetic Association**, v. 110, n. 5, p. 719-726, 2010.

TARDIEU, S. *et al.* Weight gain profiles of new antipsychotics: public health consequences. The International Association for the study of obesity. **Obesity Reviews**, v. 4, p. 129-138, 2003.

TEIXEIRA, P. J. R.; ROCHA, F. L. Síndrome metabólica em pacientes psiquiátricos: orientações para prevenção, diagnóstico e tratamento. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 54, n. 4, p. 334-339, 2005.

TEIXEIRA, P. J. R.; ROCHA, F. L. Metabolic side effects of antipsychotics and mood stabilizers. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 28, n. 2, p. 186-196, 2006.

TEIXEIRA, P. J. R.; ROCHA, F. L. Associação entre síndrome metabólica e transtornos mentais. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 34, n. 1, p. 28-38, 2007a.

TEIXEIRA, P. J. R.; ROCHA, F. L. The prevalence of metabolic syndrome among psychiatric inpatients in Brazil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 20, n. 4, p. 330-336, 2007b.

THAKORE, J. H. Metabolic syndrome and schizophrenia. **The British Journal of Psychiatry**, v. 186, n. 6, p. 455-456, 2005.

THEISEN, F. M. *et al.* Prevalence of obesity in adolescent and young adult patients with and without schizophrenia and in relationship to antipsychotic medication. **Journal of Psychiatric Research**, v. 35, p. 339-345, 2001.

TORRES-LEAL, F. L.; CAPITANI, M. D.; TIRAPEGUI, J. The effect of physical exercise and caloric restriction on the components of metabolic syndrome. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 45, n. 3, p. 379-399, 2009.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES; US DEPARTMENT OF AGRICULTURE (USDA). **Dietary Guidelines for Americans, 2005**. 6<sup>th</sup> Ed., Washington, DC: U.S. Government Printing Office, jan. 2005. 84p.

USHER, K.; FOSTER, K.; PARK, T. The metabolic syndrome and schizophrenia: the latest evidence and nursing guidelines for management. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, v. 13, p. 730-734, 2006.

VASQUES, A. C. J. *et al.* Utilização de medidas antropométricas para a avaliação do acúmulo de gordura visceral. **Revista de Nutrição**, v. 23, n. 1, p. 107-118, 2010.

VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, G. *et al.* Prevalence of metabolic syndrome in a rural area of Brazil. **São Paulo Medical Journal**, v. 125, n. 3, p. 155-162, 2007.



VON HAUSSWOLFF-JUHLIN, Y. *et al.* Schizophrenia and physical health problems. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 119, suppl. 438, p. 15-21, 2009.

WERNEKE, U.; TAYLOR, D.; SANDERS, T. A. B. Options for pharmacological management of obesity in patients treated with atypical antipsychotics. **International Clinical Psychopharmacol**, v. 17, n. 4, p. 145-160, 2002.

WONG, C. H. A.; VAN TOL, H. H. M. Schizophrenia: from phenomenology to neurobiology. **Neuroscience and Biobehavioral Reviews**, v. 27, p. 269-306, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **The World health report: 2003: shaping the future.** 2003.

WU, R. R. *et al.* Effects of typical and atypical antipsychotics on glucose-insulin homeostasis and lipid metabolism in first-episode schizophrenia. **Psychopharmacology**, v. 186, n. 4, p. 572-578, 2006.

YUM, S. Y.; CARACCI, G.; HWANG, M. Y. Schizophrenia and eating disorders. **Psychiatric Clinics of North America**, v. 32, p. 809-819, 2009.

ZEMEL, M. B. The role of dairy foods in weight management. **Journal of the American College of Nutrition**, United States, v. 24, n. 6 Suppl., p. 537S-546S, 2005.

ZEMEL, M. B. *et al.* Regulation of adiposity by dietary calcium. **The FASEB Journal**, United States. v. 14, p. 1132-1138, 2000.

ZHANG, Y. *et al.* Metabolic syndrome in patients taking clozapine: prevalence and influence of catechol-O-methyltransferase genotype. **Psychopharmacology**, v. 231, n. 10, p. 2211-2218, 2014.

ZORTEÁ, K. *et al.* Avaliação antropométrica e bioquímica em pacientes com esquizofrenia usuários de clozapina. **Revista de Nutrição**, v. 22, n. 5, p. 697-705, 2009.

ZORTEA, K. *et al.* Estado nutricional de pacientes com esquizofrenia frequentadores do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 59, n. 2, p. 126-130, 2010.

## CAPÍTULO 15

# SÍNDROME METABÓLICA EM ADULTOS JOVENS ESCOLARES: CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E DESCRIÇÃO DOS CRITÉRIOS MÍNIMOS PARA O DIAGNÓSTICO

Vagner Rodrigues Silva Junior  
Thereza Maria Magalhães Moreira

### 1. INTRODUÇÃO

A saúde coletiva compreende um espaço no qual se incorporam ideias para o estudo das condições de saúde e a formulação de políticas públicas voltadas para a melhoria dos níveis de saúde e qualidade de vida da população.

Contudo, pode-se observar que a evolução e a intensa modificação do perfil epidemiológico da população, com base na acentuada transfiguração social, política e econômica nas últimas décadas, vêm aumentando o número de doenças e agravos não transmissíveis (DANT). Neste contexto, as Doenças Cardiovasculares (DCV) compõem, mundialmente, a primeira causa de morte. Nos países considerados em desenvolvimento, as mortes por DCV ascendem a índices três vezes maiores do que nos países desenvolvidos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

No Brasil, ratifica-se uma progressiva redução das taxas de mortalidade por DCV. Todavia, isso vem ocorren-

do, principalmente, nas regiões mais desenvolvidas do país. Dentre os fatores que influenciam na diminuição da mortalidade por DCV estão o controle dos fatores de risco, a modificação nos hábitos de vida, os avanços no tratamento e a ampliação do acesso a novas técnicas diagnósticas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

O panorama mundial e brasileiro de DANT tem se revelado como um novo desafio para a saúde coletiva. Este conjunto de doenças é responsável por 60% das mortes e incapacidade em todo o mundo, em escala progressiva, podendo chegar a 73% de todas as mortes em 2020 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Em 2001, no Brasil, as DANT foram responsáveis por 62% de todas as mortes e 39% de todas as hospitalizações registradas no Sistema Único de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005). Este panorama decorre da transição demográfica, epidemiológica e nutricional, tornando complexo o quadro de saúde-doença do país (BRASIL, 2006). Estes números têm aumentado e em 2007, as DANT foram responsáveis por 72% de todas as mortes no Brasil (ROCHA-BRISCHILIARI *et al.*, 2014). Neste sentido, acentua-se a pertinência de meios e recursos para controle dos fatores de risco para as DANT dentre os quais se deve considerar a Síndrome Metabólica (SM), pois a complexidade de risco para DCV entre seus portadores é três vezes maior do que naqueles com esta condição (BORTOLETTO *et al.*, 2014).

Assim, dentre as DANT, destaca-se a Síndrome Metabólica (SM), que cresceu em prevalência nas últimas décadas, atingindo, atualmente, 25 a 35% da população mun-

dial com maior frequência em mulheres. Neste contingente, destacam-se os afro-descendentes, americanos e hispânicos, principalmente, devido à presença de resistência à insulina nestas populações, reflexo do aumento das prevalências dos componentes que a definem na população mundial (BOR-TOLETTO *et al.*, 2014).

A SM é um termo que designa uma entidade de cujo conhecimento se suspeita há muito tempo, mas que sua etiopatogenia e definição só agora vêm sendo discutidas. É considerada um transtorno complexo, representado por um conjunto de fatores: associação de sobrepeso com predominância abdominal, elevação da pressão arterial, dislipidemia aterogênica e alteração no metabolismo da glicose e insulina segundo o posicionamento oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes (2009).

A SM foi descrita, oficialmente, pela primeira vez, por Reaven, em 1988, e recebeu o nome de “Síndrome X”, que agregava resistência à insulina, hipertensão arterial, dislipidemia e diabetes mellitus. Curiosamente, na descrição de Reaven, a obesidade, considerada na atualidade um dos fatores patogênicos básicos da síndrome, não foi arrolada como um dos componentes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES apud REAVEN, 1988).

A presença deste agrupamento de fatores tem recebido diferentes denominações que a caracterizam como uma síndrome. Assim, outros nomes foram utilizados para defini-la: Síndrome do Novo Mundo, Síndrome da Resistência à Insulina, Síndrome Plurimetabólica, Quarteto da Morte, Síndrome Dislipidêmica da Obesidade e, finalmente, Síndrome Metabólica, denominação atual e universalmente utilizada (LERARIO; BETTI; WAJCHENBERG, 2009).

Os estudos sobre a prevalência da SM com dados representativos da população brasileira ainda são escassos. Existem apenas estudos pontuais sobre o assunto. No entanto, pesquisas em diferentes populações, como a mexicana, a Norte-americana e a asiática, revelam prevalências elevadas, dependendo do critério utilizado e das características da população estudada, variando as taxas de 12,4% a 28,5% em homens e de 10,7% a 40,5% em mulheres (DBDTSM, 2005).

A SM congrega diversos componentes: circunferência abdominal (CA) elevada, aumento dos níveis de triglicérides séricos, redução da Lipoproteína de Alta Densidade (HDLc), hipertensão arterial sistêmica, hiperglicemia ou Diabetes mellitus tipo 2 previamente diagnosticada, sendo considerado um transtorno complexo (BOPP; BARBIERO, 2009).

Diferentes organizações internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS), o *National Cholesterol Education Program* (NCEP), o *International Diabetes Federation* (IDF), o *American College of Endocrinology* (ACE), o *European Group for the Study of Insulin Resistance* (EGIR) e Harmonizada (semelhante à NCET-ATP III, com circunferência de cintura definida para cada etnia) têm proposto definições da SM para adultos, utilizando diferentes componentes e pontos de corte na distribuição dos componentes empregados para defini-la (FARIAS; PEREIRA; ROSA, 2010). Desta forma, apesar das tentativas recentes de alcance de um consenso internacional sobre sua melhor definição, ainda existem divergências entre seus componentes e pontos de corte, dificultando a comparação das prevalências relatadas nos diferentes estudos (RODRIGUES; POMBO; KOIFMAN, 2011).

As definições para a SM são várias, porém a definição da NCET-ATP III revisada (com 100mg/dl) e sem revisão dos níveis glicêmicos (110 mg/dl) são as mais amplamente usadas, tanto na prática clínica como em estudos epidemiológicos. Por sua simplicidade e praticidade são as definições recomendada pela I DBDTSM – Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica (FURLANETO; GOULART; CARMONA, 2009). Conforme os critérios do *III Adult Treatment Panel (ATP)* da NCEP, sem revisão dos níveis glicêmicos, a SM é definida como uma combinação de, pelo menos, três das seguintes condições (Quadro 1).

**Quadro 1** – Componentes da Síndrome Metabólica segundo o NCEP/ATP III sem revisão dos níveis glicêmicos (2002).

COMPONENTES	NÍVEL DE DEFINIÇÃO
<b>Obesidade Abdominal por meio de Circunferência Abdominal</b>	
Homens	> 102 cm
Mulheres	> 88 cm
<b>Pressão Arterial</b>	≥ 130 mmHg ou ≥ 85 mmHg *
<b>Glicemia de Jejum</b>	≥ 110 mg/dL **
<b>Triglicerídeos</b>	≥ 150 mg/dL *
<b>Lipoproteína de Alta Densidade (HDL-c)</b>	
Homens	< 40 mg/dL *
Mulheres	< 50 mg/dL *

\*ou tratamento específico; \*\* ou DM2 previamente diagnosticada.

Fonte: NCEP-ATP III, 2002

No Brasil, de maneira geral, estima-se que a SM atinja 12,4-28,5% dos homens e 10,7-40,5% das mulheres, com comportamento crescente nas últimas décadas. Porém, estes valores dependem do critério diagnóstico utilizado e das características da população avaliada (MARCHI-ALVES *et al.*, 2012).

Há populações ainda pouco abrangidas por esses estudos. É o caso dos adultos jovens escolares (20-24 anos). Ao buscarem a inserção no mundo do trabalho e definirem relações pessoais (casamento), eles se tornam mais cobrados pela sociedade, têm menos tempo para se cuidar e, com isso, se tornam mais vulneráveis a comportamentos que comprometam sua saúde e os levem a desenvolver um ou mais dos critérios integrantes do diagnóstico de SM (MOREIRA; GOMES; SANTOS, 2010).

Neste estudo foram considerados como componentes mínimos para o diagnóstico de Síndrome Metabólica os cinco componentes da classificação *National Cholesterol Education Program's Adult Treatment Panel III* (NCEP/ATP III sem revisão dos níveis glicêmicos), já descritos anteriormente. Pela dificuldade e custo elevado de mensurar triglicérides e HDL em pesquisa de base populacional e com muitos participantes, estes dois últimos não foram verificados.

Diante do diagnóstico da SM, o profissional de saúde deve orientar os usuários sobre o tratamento medicamentoso e não medicamentoso, mas isso vai depender dos parâmetros que estão alterados e como estão alterados. O primeiro tipo de intervenção que o profissional deve fazer para estes usuários é a modificação do estilo de vida, priorizando-se uma dieta saudável, a prática regular de atividade física, além



do combate ao tabagismo, uso abusivo de álcool e estresse (DBDTSM, 2005).

Conforme Cavalcanti e Braga (2006), a perda de peso propicia melhora em todos os aspectos da SM, associando-se à redução de mortalidade, em especial à cardiovascular. Mesmo pequenas reduções de peso (em torno de 5% a 10%) se mostraram benéficas. É importante destacar que, embora não haja a tão desejada perda de peso, por ser essa meta um importante obstáculo para a grande maioria das pessoas, a simples incorporação da atividade física regular associada a modificações dietéticas que propiciem níveis pressóricos e perfil lipídico adequados determinam melhoria da resistência à insulina.

Dessa forma, os profissionais de saúde devem atuar junto aos adultos jovens escolares no sentido de ajudar na escolha individualizada do nível de atividade física mais adequado e que, sobretudo, será realmente adotado em longo prazo.

A combinação ideal é a prática de exercícios de resistência com atividade aeróbica, porém deve-se orientar que qualquer atividade é melhor do que nenhuma.

Os adultos jovens sedentários devem iniciar caminhadas com aumento gradual da duração e da intensidade, haja vista que caminhadas ou corridas leves por uma hora diária vão determinar perda considerável de gordura abdominal (visceral) em homens, mesmo sem restrição calórica (CAVALCANTI; BRAGA, 2006).

O tratamento medicamentoso na SM estará sempre indicado quando não conseguir resultado com as medidas de mudanças do estilo de vida, situação frequente na prática clínica.

Ele consiste em adoção de fármacos para tratamento da hipertensão arterial: diuréticos, betabloqueadores, antagonistas de cálcio, inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) e bloqueadores dos receptores de angiotensina II (BRA); diabetes tipo 2: agentes hipoglicemiantes; dislipidemias: terapêutica com estatinas, fibratos, ácido nicotínico e ezetimiba; obesidade: caso o usuário não consiga perder pelo menos 1% do peso inicial por mês, após um a três meses, deve-se considerar a introdução de drogas adjuvantes da dieta para os indivíduos com IMC  $\geq 30\text{kg/m}^2$  ou ainda, naqueles com IMC entre  $25\text{kg/m}^2$  e  $30\text{kg/m}^2$  desde que acompanhado de comorbidades (DBDTSM, 2005).

Por isso, o investimento em uma estratégia de educação em saúde pelo trabalho da equipe multidisciplinar para os adultos jovens deve visar não apenas a conceder informação para suscitar na decisão, mas informar sobre riscos à saúde, considerando a vasta rede de condicionantes e colocando-o como único responsável pela sua saúde.

Nesse contexto, a conduta do tratamento não medicamentoso, o encaminhamento para consulta médica e, por seguinte, a adoção do tratamento medicamentoso, quando necessário, são ações diferenciais dos profissionais de saúde não médicos. Acredita-se, ainda, que esse profissional possa desempenhar um papel imprescindível na conquista das metas definidas para o usuário.

Por consequência desses e de outros fatores, a SM vem sendo objeto de pesquisas devido sua importância no contexto das DANT. Tanto a prevalência como as características epidemiológicas da SM ainda são pouco estudadas na população brasileira, pois só se tem na literatura uma re-

visão sistemática (BORTOLETTO *et al.*, 2014) sobre SM em adultos brasileiros.

A crescente prevalência associada ao desenvolvimento de complicações, obstáculos para controle e tratamento, impossibilitam a adoção de intervenções mais enérgicas e efetivas, deixando, assim, lacunas nos estudos epidemiológicos e de base populacional no Brasil.

A relevância desse estudo reside em enfatizar a valorização das práticas de promoção da saúde e da prevenção de agravos e doenças, considerando a realidade social e econômica dos adultos jovens escolares.

Deve ser de substancial valor o olhar dos profissionais de saúde para a pessoa com SM, pois os subsídios oferecidos e prestado a esses adultos jovens têm que estimar pela manutenção da qualidade de vida e de seu estado de saúde para a identificação precoce de sinais e sintomas, elementos imprescindíveis para o sucesso do tratamento.

Estudo realizado na cidade do Rio de Janeiro mostrou como fator de risco para doença cardiovascular a pressão arterial elevada, índices antropométricos aumentados e maior prevalência de SM em adultos jovens (CAMPANA *et al.*, 2009).

Justifica-se a presente pesquisa pelo fato de que no Brasil há poucos estudos sobre a prevalência da SM (DBDT-SM, 2005), sobretudo na clientela em tela. O aumento de sua prevalência, o desenvolvimento de complicações dela decorrentes, a dificuldade de seu controle e tratamento a fazem um problema de saúde pública, sobre o qual pairam lacunas.

Assim, o profissional de saúde deve buscar resposta para tais lacunas de conhecimento, com fins de propiciar um

ambiente favorável à educação em saúde para a prevenção da SM, sobretudo nos jovens, pelo tempo de SM que teriam pela frente, possibilitando inúmeras consequências para sua saúde e gastos excessivos ao sistema de saúde. O Ministério da Saúde (BRASIL, 1981) afirma que a finalidade da ação educativa é desenvolver no indivíduo/comunidade a capacidade de analisar criticamente sua realidade, decidir ações conjuntas para resolver problemas e modificar situações. A escola tem sido parceira da saúde em busca de tal finalidade.

Desta forma, o ambiente escolar deve ser um local de práticas de saúde inovadoras, que possibilite reflexões e ações preventivas sobre as necessidades de se enfrentar fatores intervenientes que possam reduzir a qualidade de vida dos adultos jovens escolares (BRASIL, 2006; VALADÃO, 2004).

Reitera-se a necessidade dessas práticas educativas em saúde visarem à promoção da saúde deste a mais tenra idade.

Desta forma, o presente estudo foi desenvolvido com os objetivos de caracterizar socio-demograficamente os adultos jovens escolares de Fortaleza-Ceará, mais especificamente, das escolas com Ensino Médio e dos Centros de Educação de Jovens Adultos (CEJA), sob a responsabilidade da Secretaria Estadual da Educação do Ceará (SEDUC) e descrever a frequência de casos dos componentes mínimos para diagnósticos de Síndrome Metabólica entre os pesquisados, segundo os critérios da *National Cholesterol Education Program's Adult Treatment Panel III* sem revisão dos níveis glicêmicos.

## 2. PERCURSO METODOLÓGICO

Tratou-se de estudo descritivo, com abordagem quantitativa, no qual a população foi composta por 320 adultos jovens escolares matriculados em 41 escolas estaduais com maior número de estudantes no município (percentil 75), estando estes presentes em todas as regionais de Fortaleza.

Foi aplicado um questionário para a coleta de dados referentes às variáveis sociodemográficas e clínicas. O registro se deu em banco de dados no *software* IBM® (*International Business Machines*) SPSS® (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 18.0. Os dados foram processados e foram calculadas as medidas estatísticas descritivas, apresentadas em tabelas e gráficos construídos no *software* Microsoft Office Excel® versão 2013.

Este trabalho integra o projeto “Análise do sobrepeso/obesidade e sua associação com a saúde cardiovascular em adultos jovens escolares de uma capital do Nordeste brasileiro: subsídio para a educação em saúde pelo enfermeiro”, financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico-CNPq.

Foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Estadual do Ceará-UECE no parecer de número 263.271, de acordo com o preconizado pela Resolução 466 de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

Foram considerados os pressupostos da bioética, com anuência em termo de consentimento livre e esclarecido pelos participantes (TCLE), que explicou e firmou o compromisso de manutenção dos princípios de não maleficência, beneficência, justiça e autonomia a que se compromete a pesquisa.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Todos os participantes estavam matriculados no período noturno, turno no qual houve maior disponibilidade de pessoas com a faixa etária do estudo e que, foi, portanto, priorizado pela pesquisa.

Após coleta dos dados dos 320 adultos jovens escolares que tinham, pelo menos, um dos critérios alterados para o diagnóstico de Síndrome Metabólica, vê-se que eram oriundos de várias escolas e de todas as regionais de Fortaleza, conforme o Quadro 2.

**Quadro 2** – Distribuição de adultos jovens por escolas das regionais, Fortaleza-Ceará, 2013-2014.

Escolas	Regional	Nº de estudantes pesquisados
CAIC Raimundo Gomes de Carvalho	III	13
CERE Maria José Santos Ferreira Gomes	III	02
Colégio Estadual Liceu do Ceará	II	10
Colégio Militar do Corpo de Bombeiros	I	17
EEF Centro dos Retalhistas	IV	01
EEF Estado do Paraná	IV	08
EEF São José do Pici das Pedreiras	III	05
EEFM Arquiteto Rogerio Froes	II	17
EEFM Clóvis Beviláqua	II	13
EEFM Deputado Joacy Pereira	V	06
EEFM Deputado Manoel Rodrigues	II	15
EEFM Deputado Francisco de Almeida Monte	I	14
EEFM Dom Helder Câmara	I	14
EEFM Dona Hilza Diogo de Oliveira	I	06
EEFM Dona Maria Menezes de Serpa	I	04
EEFM Estado do Pará	VI	19
EEFM General Eudoro Correa	IV	07
EEFM Irmão Urbano Gonzalez Rodriguez	V	07
EEFM João Matos	IV	01

EEFM José Bezerra de Menezes	III	08
EEFM José Leopoldino da Silva Filho UV-04	V	01
EEFM José Waldemar de Alcântara e Silva	III	03
EEFM Luiza Távora – PROMORAR	VI	11
EEFM Maria Thomasia	IV	03
EEFM Patronato da Sagrada Família	III	01
EEFM Pe. Rocha	II	10
EEFM Prof. Balbina Juca de Albuquerque	I	10
EEFM Prof. Paulo Freire	III	06
EEFM Prof. Plácido Aderaldo Castelo	V	09
EEFM Prof. <sup>a</sup> Diva Cabral	V	05
EEFM Santa Luzia	II	02
EEFM Ubirajara Índio do Ceará UV-07	V	08
EEFM Walter Sá Cavalcante	VI	18
EEM Deputado Paulo Benevides	VI	20
EEM Governador Adauto Bezerra	IV	02
EMM Mariano Martins	III	07
Instituto de Educação do Ceará	IV	03
Liceu Vila Velha	I	14
<b>Total</b>		320

Fonte: Elaborado pelo autor

Em seguida foram categorizados os três critérios para diagnóstico da Síndrome Metabólica analisados neste estudo, segundo NECP/ATP III sem revisão dos níveis glicêmicos (Tabela 1).

**Tabela 1** – Categorização dos critérios para o diagnóstico de Síndrome Metabólica analisados em escolares adultos jovens (n=320). Fortaleza-CE, 2013-2014.

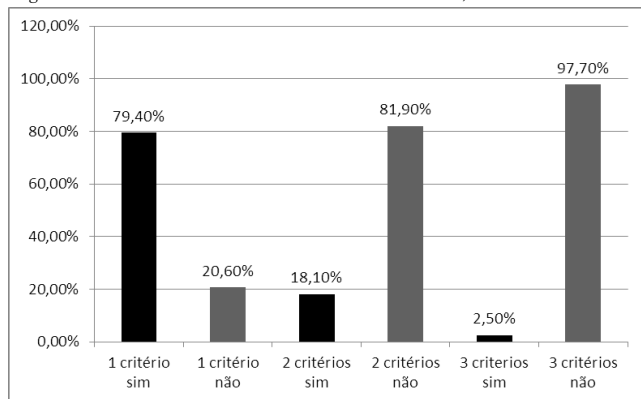
<b>Crítérios analisados alterados</b>	<b><i>f</i></b>
Pressão Arterial	14
Circunferência Abdominal	77
Glicemia de Jejum	167
Pressão Arterial + Circunferência Abdominal	11
Pressão Arterial + Glicemia de Jejum	15
Circunferência Abdominal + Glicemia de Jejum	32
Pressão Arterial + Circunferência Abdominal + Glicemia de Jejum	8

*f*: Frequência absoluta. Fonte: Elaborado pelo autor.

Constata-se, após a categorização da Pressão Arterial, Glicemia e Circunferência Abdominal em normal e alterada, segundo os critérios adotados para o estudo (NCEP/ATP III sem revisão dos níveis glicêmicos), que oito escolares tinham os três parâmetros alterados, 58 tinham dois e 254 tinha apenas um. Com isso, pode-se fazer a estimativa da frequência de casos com um, dois ou três critérios alterados para o diagnóstico de Síndrome Metabólica no estudo (Gráfico 1).



**Gráfico 1** – Escolares adultos jovens (n=320) com um, dois e três dos critérios para o diagnóstico de Síndrome Metabólica. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2013-2014.



Fonte: Elaborado pelo autor

Desta forma, identifica-se que 2,5% dos adultos jovens estudados já têm Síndrome Metabólica.

Como descrito, foram mensuradas algumas características clínicas (Pressão Arterial, Glicemia e Circunferência Abdominal) para identificar quem estava com, pelo menos, um dos critérios estabelecidos pelo *National Cholesterol Education Program's Adult Treatment Panel III* (NCEP/ATP III sem revisão dos níveis glicêmicos).

Verificou-se que algumas dessas informações estavam incompletas nos questionários por eles preenchidos, além de não termos registrado as informações sobre os Triglicerídeos e Lipoproteína de Alta Densidade (HDL-c), limitando o diagnóstico de Síndrome Metabólica (SM). Porém, com os dados coletados, foi possível estimar o percentual de casos desta síndrome em 2,5% na população estudada. Fato que

corroborar, pelo valor aproximado, com o estudo de Haab, Benvegnú e Fischer (2012) que, em população análoga, encontraram 3,8%, inferior ao estudo de Ford, Giles e Dietz (2002), que encontraram 6,7%, segundo os critérios NCEP/ATP III sem revisão dos níveis glicêmicos.

Tal conjuntura indica tal síndrome como um relevante problema de saúde entre os adultos jovens pesquisados. Estudo de coorte informa que a prevalência da SM amplia com a idade e atinge seu auge acima dos 70 anos entre os homens e de 70 a 80 anos entre as mulheres, argumentando que este aumento com a velhice pode ser explicado pela distribuição da obesidade, principalmente a visceral (HU *et al.*, 2004).

Assim, o adulto jovem deve (re) pensar seu estilo de vida, alterando decisões sobre sua saúde, sobre os quais exerce apenas certo grau de controle (LALONDE, 1996).

Tais decisões, como praticar regularmente atividade física e adotar uma alimentação mais balanceada e saudável devem ser seguidas, mesmo com toda a carga cultural da modernidade, vinculada ao consumo, *fast-foods* e trabalho exacerbado, deixando o adulto jovem vulnerável às doenças e agravos não transmissíveis (DANT). Isso, arrolado ao acelerado processo de industrialização, favorece a urbanização das grandes cidades, a propagação dos meios de comunicação em massa e, conseqüentemente, a globalização reflete nos hábitos, costumes e questões sociais que envolvem essa clientela.

Para que isso não venha a ocorrer, o adulto jovem deve ser fomentado na escola acerca de discussões sobre a temática com intuito preventivo, aproximando o setor da

educação com o da saúde por meio dos profissionais que neles trabalham.

À vista disso, foi criado em 2008 no Brasil o Programa Saúde na Escola na tentativa de incrementar as ações intersetoriais com a possibilidade de dar uma resposta política de promoção da saúde, mas que ainda não consegue ultrapassar o modelo tradicional de educação em saúde e não atende diretamente à população do estudo.

Na Tabela 2, a seguir, observa-se as características sociodemográficas dos pesquisados.

**Tabela 2** – Análise univariada das características sociodemográficas de escolares adultos jovens (n=320) com pelo menos um dos critérios alterados para o diagnóstico de Síndrome Metabólica, Fortaleza-Ceará-Brasil, 2013-2014.

Variáveis		f	f(%)	Média	Desvio padrão
<b>Gênero</b>	Feminino	135	42,2		
	Masculino	185	57,8		
<b>Idade</b>	20	144	45,0	21,25	± 1,45
	21	68	21,3		
	22	36	11,3		
	23	28	8,8		
	24	44	13,8		
<b>Etnia</b>	Branca	41	12,8		
	Negra	46	14,4		
	Parda	217	67,8		
	Outras	16	5,0		
<b>Estado Civil</b>	Com companheiro	258	80,6		
	Sem companheiro	62	19,4		
<b>Ciclo Escolar</b>	Ensino Médio	273	85,3		
	Ensino Fundamental	3	0,9		
	EJA <sup>1</sup>	44	13,8		
<b>Religião</b>	Católica	169	52,8		
	Evangélica	123	38,4		
	Outra	28	8,8		

<b>Nº de pessoas que moram no domicílio</b>	1 — 5	256	80,0	4,15	± 2,12
	6 — 10	61	19,1		
	≥ 11	3	0,9		
<b>Existência e número de filhos</b>	Sim	71	22,2	1,17 <sup>2</sup>	± 0,61 <sup>3</sup>
	Não	249	77,8		
<b>Renda Individual</b>	≤ 1 salário mínimo	125	39,1		
	> 1 salário mínimo	78	24,3		
	Não respondeu	117	36,6		
<b>Renda Familiar</b>	≤ 1 salário mínimo	56	17,5		
	> 1 salário mínimo	176	55,0		
	Não respondeu	88	27,5		
<b>Tipo de Moradia</b>	Alvenaria	281	87,8		
	Outros (madeira, taipa...)	39	12,2		
<b>Total</b>		<b>320</b>	<b>100,0</b>		

1: Educação de Jovens e Adultos; 2: média dos que tem filhos; 3: desvio padrão dos que tem filhos. f: Frequência absoluta; f(%): Frequência percentual.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Das 320 fichas de adultos jovens participantes do estudo, observou-se a predominância do sexo feminino (57,8%) e da faixa etária de 20 anos de idade (45,0%), com média de idade de 21,25 anos ( $\pm 1,45$ ). Quanto à raça, constatou-se predominância daqueles que se autodeclararam pardos (67,8%) e católicos (52,8%).

Existe consenso nas bases de dados bibliográficos que a prevalência da Síndrome Metabólica diversifica nas diferentes populações e é influenciada por diversos fatores, como raça, status socioeconômicos e atividades relacionadas ao trabalho e hábitos de vida, mas nada relacionado à religião (AKINTUDE *et al.*, 2011).

Além do que, a prevalência sobre a síndrome aproxima-se de níveis cada vez maiores quando há maior tempo de exposição da população aos fatores de risco e a redução

das taxas metabólicas, ocasionando aumento do sobrepeso/obesidade e suas consequências metabólicas, principalmente relacionadas à resistência insulínica (SILVA JUNIOR *et al.*, 2013).

A maior parte declarou não possuir companheiro (80,6%) e a maioria (77,8%) dos adultos jovens não possuem filhos. Entretanto, dos que declaram ter filho (22,2%), a média foi de 1,17 filhos ( $\pm 0,61$ ).

No tocante a que parte do ciclo escolar estes adultos jovens estavam matriculados, a grande maioria (85,3%) estava cursando o ensino médio.

Os resultados do presente estudo, utilizando a escolaridade como indicador da situação socioeconômica, são coerentes com as observações de que nem sempre os mais jovens têm melhor condição de saúde, pois se evidenciou um quantitativo de alterações que não são esperados para tal idade.

Deve-se enfatizar que a aplicabilidade de políticas públicas focalizadas na atenção das doenças crônicas não transmissíveis envolve questões de legislação, regulamentação e educação em massa, uma vez que mudanças individuais de comportamentos são difíceis de acontecer na ausência de mudanças ambientais.

O comportamento saudável na adoção de hábitos alimentares saudáveis e a atividade física têm início na infância, mas são consolidados na adolescência e início da vida adulta. As iniciativas de promoção do consumo de alimentos saudáveis no País têm como problemas: renda, frequência de refeições fora de casa, baixa adesão a alimentos saudáveis

das cantinas em locais de trabalho e escola, dificultando as mudanças de hábitos alimentares para níveis cada vez mais adequados (BARRETO *et al.*, 2009).

Ao analisar a escolaridade dos pais e chefe da família, foi observado que 123 (38,4%) das mães e 100 (31,3%) dos pais dos adultos jovens possuíam o ensino fundamental incompleto e 119 (37,2%) não souberam informar a escolaridade do chefe da família.

A influência familiar pode ser um fator determinante para os condicionantes e até mesmo fatores de risco para este adulto jovem pela incorporação dos hábitos dos próprios pais, colegas de sala ou do meio/grupos de sua convivência.

Em relação à quantidade de pessoas no domicílio, a faixa de 1 a 5 moradores foi predominante (80,0%); já a média de moradores foi de 4,15 habitantes ( $\pm 2,12$ ) por domicílio. Quanto ao tipo de moradia, observou-se que quase a totalidade (87,8%) dos adultos jovens possuía moradia de alvenaria. Em referência a estas moradias, grande parte (63,4%) mora em casa própria com média de 4,15 cômodos ( $\pm 1,13$ ) por casa e com maioria tendo água encanada (79,4%) e luz elétrica (98,8%).

Grande parte (63,4%) dos estudantes possuía outra ocupação além do estudo, trabalhando em média 7,99 horas ( $\pm 1,92$ ). Quanto à renda individual, percebeu-se que entre os adultos jovens que responderam este item, grande parte dos estudantes (61,6%) possuía renda individual inferior ou igual a um salário mínimo e que a maioria (75,9%) possuía renda familiar superior a este valor.

As condições econômicas estão intimamente relacionadas a vários comportamentos que afetam a saúde, pois indivíduos com rendas individuais mais baixas tendem a ter uma dieta menos adequada e são mais sedentários e mais obesos. Em estudo realizado no Reino Unido, comportamentos mais saudáveis em crianças e jovens foram positivamente associados com condições socioeconômicas mais favoráveis (BARRETO *et al.*, 2009), confirmando os resultados do presente estudo.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No esforço de buscar descobrir um pouco sobre adultos jovens escolares, adotaram-se os critérios do NCEP/ATP III sem revisão dos níveis glicêmicos para identificar a quantidade de critérios alterados e suas características sociodemográficas.

Em relação às características sociodemográficas, contou-se maior número de jovens do sexo feminino, predominantemente com 20 anos, autodeclarados pardos, com companheiro, católicos, sem filhos, com pais de baixa escolaridade, conciliando trabalho e estudo, renda individual baixa e familiar maior que um salário mínimo e morando em casas de alvenaria.

Em uma perspectiva preventiva, estes resultados mostram como as equipes multidisciplinares podem atuar junto destes escolares adultos jovens na atenção primária e secundária à saúde bem como nas próprias escolas na tentativa de reverter esta situação.

Estimular o exercício físico procurando aumentar a prática de esportes na tentativa de diminuir o sedentarismo, além de estimular hábitos alimentares mais saudáveis já aumentaria as chances do não desenvolvimento de tais complicações que podem levar à síndrome, bem como melhoraria sua qualidade de vida.

Deve-se lembrar de que o caráter transversal deste estudo limita inferências de cunho longitudinal, ficando o estudo restrito às conclusões aqui descritas.

Trata-se de um campo de pesquisa vasto e que precisa ser explorado para melhor utilização da epidemiologia enquanto ferramenta indispensável à saúde coletiva, pois os estudos de base populacional representativos do Ceará-Brasil ainda são poucos e menores, quando comparado com os internacionais.

## 5. REFERÊNCIAS

AKINTUDE, A. A. *et al.* Metabolic Syndrome: Comparison of Occurrence Using Three Definitions in Hypertensive Patients. **Clinical Medicine & Research**, v. 9, n. 1, p. 26-31, 2011.

BARRETO, S. M. *et al.* Comportamento saudável em adultos jovens no Brasil. **Rev Saúde Pública**, n. 43 (Supl. 2), p. 9-17, 2009.

BOPP, M.; BARBIERO, S. Prevalência de Síndrome Metabólica em Usuários de um Ambulatório do Instituto de Cardiologia do Rio grande do Sul (RS). **Arq Bras Cardiol**, v. 93, n. 5, p.473-477, 2009.

BORTOLETTO, M. S. S. *et al.* Síndrome metabólica em estudos com adultos brasileiros: uma revisão sistemática. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 15, n. 4, p. 86-98 out/dez. 2014.



BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução 466. 2012.** Brasília: CNS, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Educação em Saúde. Ação educativa: diretrizes. In: ENCONTRO DE EXPERIÊNCIAS DE EDUCAÇÃO E SAÚDE, Brasília, 1., 1981, Brasília. **Anais...** Brasília, Divisão Nacional de Educação em Saúde, 1981. p. 16 -33. [Educação e Saúde, 1].

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: Obesidade.** n° 12. Brasília, 2006.

CAMPANA, E. M. G. *et al.* Pressão arterial em jovens como marcador de risco cardiovascular: estudo do Rio de Janeiro. **Arq Bras Cardiol**, v. 93, n. 6, p. 657-665, 2009.

CAVALCANTI, S.; BRAGA, M. F. B.; SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA (Org.). Síndrome metabólica: tratamento não farmacológico para redução do risco cardiovascular. In: ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA E CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Projeto Diretrizes.** 15 jun. 2006. [http://www.projetoDiretrizes.org.br/5\\_volume/38-SindrMeta.pdf](http://www.projetoDiretrizes.org.br/5_volume/38-SindrMeta.pdf)

DIRETRIZ BRASILEIRA DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA SÍNDROME METABÓLICA – DBDTSM, I. **Arq Bras Cardiol.**, n. 84, supl. 1, p. 3-28, 2005.

FARIAS, D. R. E.; PEREIRA, A. F.; ROSA, G. Síndrome metabólica na doença arterial coronariana e vascular oclusiva: uma revisão sistemática. **Arq Bras Cardiol**, v. 94, n. 6, p. e150-e178, 2010.

FORD, E. S.; GILES, W. H.; DIETZ, W. H. Prevalence of the metabolic syndrome among US adults – findings from the Third

National Health and Nutrition Examination Survey. **JAMA**, v. 287, n. 3, p. 356-359, 2002.

FURLANETO, C. J.; GOULART, R. M. M.; CARMONA, R. M. A influência da Síndrome Metabólica sobre a qualidade de vida de usuários em São Caetano do Sul. **Nutrire: rev. Soc. Bras. Alim. Nutr. = J. Brazilian Soc. Food Nutr.**, São Paulo, SP, v. 34, n. 2, p. 85-99, ago. 2009.

HAAB, R. S.; BENVENÚ, L. A.; FISCHER, E. V. Prevalência de Síndrome Metabólica em uma área rural de Santa Rosa. **Rev bras med fam comunidade**, Florianópolis, v. 7, n. 23, p. 90-99, abr./jun. 2012.

HU, G. *et al.* Prevalence of the metabolic syndrome and its relation to all-cause and cardiovascular mortality in nondiabetic European men and women. **Arch Intern Med**, v. 164, n. 10, p. 1066-1076, 2004.

LALONDE, M. El concepto de “Campo de la Salud”: una perspectiva canadiense. In: ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE – OPAS. **Promoción de la salud**: una antología. Washington, D.C., 1996. (Publicação científica, n. 557).

LERARIO, A. C.; BETTI, R. T. B.; WAJCHENBERG, B. L. O perfil lipídico e a síndrome metabólica. **Rev Assoc Med Bras**, v. 55, n. 3, p. 229-250, 2009.

MARCHI-ALVES, L. M. *et al.* Componentes da síndrome metabólica na hipertensão arterial. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 6, p. 1348-1353, 2012.

MOREIRA, T. M. M.; GOMES, E. B.; SANTOS, J. C. Fatores de risco cardiovasculares em adultos jovens com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v. 31, n. 4, p. 662-669, dez. 2010.

NATIONAL CHOLESTEROL EDUCATION PROGRAM – NCEP. Third Report of Cholesterol Education Program. Expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). NIH publication n. 01-3670, 2002.

ROCHA-BRISCHILIARI, S. C. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e associação com fatores de risco. **Rev Bras Cardiol.**, v. 27, n. 1, p. 35-42, jan./fev. 2014.

RODRIGUES, L. G.; POMBO, N.; KOIFMAN, S. Prevalência de alterações metabólicas em crianças e adolescentes com sobrepeso e obesidade: uma revisão sistemática. **Rev Paul Pediatr**, v. 29, n. 2, p. 277-288, 2011.

SILVA JUNIOR, V. R. *et al.* Síndrome Metabólica: presença de critérios para o diagnóstico em uma capital do Nordeste brasileiro. In: MOREIRA, T. M. M.; SILVA, M. G. C. (Org.). **Hipertensão Arterial: nós críticos, epidemiologia e condições clínicas associadas**. Fortaleza: EdUECE, 2013. p. 232-242.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES – SBD. Síndrome metabólica: aspectos etiopatogênicos, clínicos e terapêuticos. **Posicionamento Oficial SBD**, n. 2, jan. 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES – SBD. Síndrome metabólica: aspectos etiopatogênicos, clínicos e terapêuticos. **Posicionamento Oficial SBD**, n. 2, jan. 2009. In: REAVEN, G. M. *Banting Lecture 1988*. Role of insulin resistance in human diseases. **Diabetes**, v. 37, n. 12, p. 1595-1607, 1988.

VALADÃO, M. M. Saúde na escola: um campo em busca de espaço na agenda intersetorial. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2004. Tese apresentada a Universidade de São Paulo. s.n; 148 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Prevención de la enfermedades crónicas: una inversión vital: panorama general.** Geneva: World Health Organization, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **The World health report: 2003: shaping the future,** 2003.

# PARTE IV

## TEMAS EM SAÚDE

## CAPÍTULO 16

### TUBERCULOSE BOVINA: PREVALÊNCIA EM ASSENTAMENTOS RURAIS DO MUNICÍPIO DE QUIXERAMOBIM, SERTÃO CENTRAL DO ESTADO DO CEARÁ - BRASIL

Edney Taunay Santos do Nascimento  
José Wellington de Oliveira Lima

#### 1. INTRODUÇÃO

A situação da tuberculose (TB) bovina no Brasil se caracteriza por várias áreas de silêncio, fazendo alusão às ausculta pulmonares de pacientes tuberculosos, pois, ainda não existe uma política de ações unificada pelo governo federal junto aos órgãos fiscalizadores nas unidades federativas com o intuito de manter sempre atualizados os números de prevalência da tuberculose em bovinos que, além de trazer prejuízo econômico, é caracterizada como zoonose e pode infectar os seres humanos acarretando vários problemas de saúde. Esta dificuldade de sistematização da prevalência da TB animal pode ser caracterizada pelas ocorrências de falhas no processo de diagnóstico de animais na rotina do campo, pela vulnerabilidade do profissional médico veterinário na ocasião do exame, pela falta de profissionais lotados nos órgãos públicos, entre outras (NASCIMENTO, 2014).

Apesar de ser notório o conhecimento dos órgãos oficiais de competência de controle e/ou erradicação da tuberculose bovina sobre todas as complicações atreladas a esta doença, seja na área econômica ou na saúde pública, poucas ações eficazes são implementadas tendo em vista que, na área econômica, os prejuízos são atribuídos à perda da produção leiteira e carne, trazendo déficit que variam de acordo com os números de animais infectados e a evolução da doença no animal. Para a saúde pública, a tuberculose bovina se caracteriza como uma zoonose que preocupa pelo fato de ser uma doença silenciosa e tem como fator de risco, para a população em geral, o leite e seus derivados sem tratamento térmico adequado, o que desloca a atenção da enfermidade situada, costumeiramente, no trato respiratório inferior (pulmões) para o sistema digestivo e diversos outros órgãos (ALVES, GONÇALVES; MOTA, 2008; NASCIMENTO, 2014).

Nos bovinos, a doença pode se manifestar logo após a infecção do agente. Contudo, alguns fatores interferem na evolução da enfermidade no hospedeiro, dentre os quais o número de organismos virulentos ao qual o animal foi exposto, a frequência da exposição como, também, o estado geral de saúde e o estado imunológico do animal. O *M. bovis* pode infectar vários órgãos do bovino, contudo, pelo confinamento, se associa à infecção pelo ar, o que amplia a prevalência de lesões pulmonares e nos gânglios linfáticos bronco-mediastínicos. Como ocorre nas infecções humanas, a lesão pulmonar primária nos bovinos, em raros casos, se cura espontaneamente, disseminando-se localmente através das cavidades naturais tais como os brônquios, vasos linfáti-

cos e rotas hematogênicas (FRANCIS, 1958).

Os sinais clínicos apresentados pelos animais acometidos desta enfermidade são bastante variados, de acordo com a localização das lesões no corpo, o que remete a uma investigação muito mais ampla das características fisiológicas do animal, associando todos os achados, pois os bovinos podem apresentar sinais como caquexia progressiva, hiperplasia dos linfonodos superficiais e/ou profundos, dispneia, tosse, mastite e infertilidade, entre outros (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DE SAÚDE ANIMAL, 2008).

No Brasil, as normas e diretrizes que regem todas as atividades sobre a tuberculose bovina estão contidas no Programa Nacional de Controle e Erradicação da Brucelose e Tuberculose (PNCEBT) que define, para o diagnóstico da tuberculose, o exame clínico, anatomopatológico, bacteriológico e alérgico-cutâneo. Estes diagnósticos seguem métodos diretos e indiretos. Os diretos envolvem a detecção e a identificação do agente etiológico no material biológico. Os indiretos pesquisam uma resposta imunológica do hospedeiro ao agente etiológico, que pode ser humoral (produção de anticorpos circulantes) ou celular (mediada por linfócitos e macrófagos). A tuberculinização é uma medida da imunidade celular contra *M. bovis* por uma reação de hipersensibilidade retardada (tipo IV) (BRASIL, 2006).

A reação tuberculínica, a bacteriologia e a histopatologia são os métodos comumente utilizados para o diagnóstico da tuberculose bovina e bubalina. A grande inespecificidade dos sinais clínicos, a dificuldade de isolamento do *M. bovis* do animal vivo e o baixo nível de anticorpos, durante o



período inicial de infecção, fazem com que os diagnósticos clínico, bacteriológico e sorológico tenham um valor relativo (BRASIL, 2006).

O exame mais aplicado e o preconizado para o diagnóstico da tuberculose bovina em campo é o alérgoteste, Teste da Tuberculina. Proaño-Perez *et al.* (2009) descrevem que a sensibilidade deste teste é de 85% e a especificidade é de 99%. Contudo, existem controvérsias sobre tais percentuais, pois, em outras pesquisas, foram relatados valores variáveis entre 68 e 95%, para a sensibilidade, e entre 96 e 99%, para a especificidade (MONAGHAN *et al.*, 1994).

O padrão ouro para o diagnóstico da tuberculose bovina é representado pela cultura bacteriológica, muito embora este tipo de diagnóstico seja prejudicado pela dificuldade de obtenção de amostras para análises de rotina (LILENBAUM, 2000).

Os testes tuberculínicos, preconizados no PNCEBT, para diagnosticar a tuberculose animal, utilizados em bovinos e bubalinos com idade igual ou superior a seis semanas de vida, são realizados por médico veterinário habilitado junto ao Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (MAPA), segundo Nascimento (2005).

Diante da relevância dos fatores de risco da tuberculose zoonótica, objetivou-se estimar a prevalência da tuberculose bovina nos assentamentos rurais do Município de Quixeramobim – CE, através de Teste Cervical Comparado (TCC).

## 2. PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, do tipo transversal, com abordagem descritiva e analítica. A pesquisa se centrou na prevalência de casos de tuberculose bovina.

A pesquisa foi realizada no Município de Quixeramobim, localizado na Macrorregião do Sertão Central do Estado do Ceará, Bacia Leiteira do Sertão Central, que é o segundo maior produtor de leite do estado, com produção média diária de, aproximadamente, 15.022 (mil litros), conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2012).

As estruturas organizacionais selecionadas para a pesquisa foram os Projetos de Assentamentos Federais registrados junto ao Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA). No Município de Quixeramobim, existem 17 assentamentos federalizados ou em processo de federalização, sendo que um está *sub judice* por mau uso do espaço destinado à reforma agrária.

Os assentamentos foram selecionados de acordo com seu potencial de produção leiteira e do seu rebanho, como, também, da estrutura organizacional dos meios de produção do assentamento. Desta forma, dentre os 16 assentamentos, 11 estavam aptos e, destes, apenas 5 disponibilizaram seus animais para os testes.

Os animais disponibilizados para esta pesquisa o foram de forma voluntária e os criadores assinaram um Termo de Consentimento, após esclarecimentos sobre as consequências, pois, caso o animal fosse reagente positivo, deveria ser sacrificado, como preconiza o PNCEBT.

Para identificação da prevalência da tuberculose bovina no rebanho dos assentamentos selecionados, alguns animais foram submetidos ao Teste Cervical Comparativo (TCC), baseado no protocolo preconizado pela Instrução Normativa nº 6, de 8 de janeiro de 2004, da Secretaria de Defesa Agropecuária (SDA), que instituiu o Regulamento do Programa Nacional de Controle e Erradicação da Brucelose e Tuberculose (PNCEBT). Precediam os testes tuberculínicos, uma reunião para sensibilizar os assentados sobre a pesquisa e a importância da tuberculose. O período de realização das atividades de pesquisa foi de outubro a dezembro de 2013.

Para a realização dos testes tuberculínicos foram adquiridas, junto à Agência de Defesa Agropecuária do Estado do Ceará (ADAGRI), 11 frascos de Tuberculina PPD Bovina e 11 frascos de Tuberculina PPD Aviária, com 5 mL cada, o que corresponde a 50 doses cada frasco, totalizando 550 doses de cada tipo de tuberculina. Todas as doses foram fabricadas pelo Instituto de Tecnologia do Paraná (TECPAR), com as seguintes descrições: das 550 doses da PPD bovina, 150 doses possuem Partida: 007/12, com vencimento: Nov/12, e as demais, 400 doses com Partida: 003/13 e vencimento: Abr/13. As 550 doses de PPD aviária seguem a Partida: 001/13, com vencimento: Mar/13.

O Teste Cervical Comparado (TCC) se baseia na Instrução Normativa nº 6, de 8 de janeiro de 2004, Secretaria de Defesa Agropecuária (SDA), que instituiu o Regulamento do Programa Nacional de Controle e Erradicação da Brucelose e Tuberculose (PNCEBT) e consistiu em:

- Inocular as tuberculinas PPD aviária e bovina por via intradérmica, na dosagem de 0,1 mL, na região cervical

ou escapular, obedecendo a distância de 15 a 20 cm, entre as duas inoculações, sendo a PPD aviária inoculada cranialmente e a PPD bovina caudalmente.

- Precedidas por tricotomia e pela medida com cutímetro da espessura da dobra da pele, as inoculações serão efetuadas de um mesmo lado de todos os animais do estabelecimento da criação;

- Após 72 horas, a mais ou menos 6 horas da inoculação, será realizada nova medida da dobra da pele, no local de inoculação das tuberculinas PPD aviária e bovina;

- O aumento da espessura da dobra da pele será calculado subtraindo-se da medida da dobra da pele 72 horas após a inoculação ( $\pm 6$  horas), a medida da dobra da pele no dia da inoculação, respectivamente para a tuberculina PPD aviária (A) e a tuberculina PPD bovina (B);

- A diferença de aumento da dobra da pele provocada pela inoculação da tuberculina PPD bovina (B) e da tuberculina PPD aviária (A) será calculada subtraindo-se A de B (Apêndice A).

Todos os relatórios de utilização das tuberculinas usadas para o diagnóstico de tuberculose neste estudo foram entregues à Agência de Defesa Agropecuária do Ceará (ADAGRI) nos prazos por ela determinados.

Quanto ao cálculo do tamanho da amostra para estimar a prevalência da tuberculose, foi adotado o grau de confiança de 95%, uma margem de erro de 12% e uma prevalência estimada de 16,97% (NASCIMENTO, 2014). A partir do cálculo do tamanho da amostra para amostragem aleatória simples, obteve-se o número mínimo de 151 animais.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi observado que o manejo de criação adotado nesses locais era semiextensivo, ou seja, os bovinos passavam grande parte do tempo nos pastos do próprio assentamento, alimentando-se, muitas vezes, de vegetação pobre e escassa. Em algumas ocasiões, os animais passam dias andando na vegetação sem retornar às baias localizadas nas casas dos proprietários, o que, por vezes, resulta em baixas no rebanho geradas por envenenamento por picada de cobras, intoxicação por ingestão de plantas tóxicas, como, também, por lambedura de ossos de animais mortos (carência de suplementação mineral) causando morte por clostridiose, além de perdas por roubo.

Constatou-se, ainda, que o rebanho bovino desta região é formado por animais mestiços, com maior frequência do cruzamento das raças Gir e Holandesa, denominados “Girolandos”. Também se observa alguns cruzamentos com Zebus leiteiros. Essas fusões de raças ocorrem pela necessidade de associar animais com boa produção leiteira (Holandesa) com outros com boa resistência a doenças e à alta temperatura do sertão cearense (Gir).

Participaram da pesquisa 248 bovinos, tendo sido todos esses animais submetidos ao teste tuberculínico. Para tal, foi utilizado o Teste Cervical Comparativo (TCC), objetivando identificar animais reagentes positivos, observado pela reação imunoalérgica indicadora de infecção (hipersensibilidade retardada às tuberculinas PPD aviária e bovina).

**Tabela 1** – Relação dos assentamentos, animais submetidos ao teste tuberculínico, positivos e negativos – Município de Quixeramobim, Ceará.

Assentamentos Rurais	ANIMAIS (n°)		
	Examinados	Positivos	Negativos
PA Nova Esperança/ Coque	38	0	38
PA Freitas	45	0	45
PA Nova Canaã	100	0	100
PA Nova Ladeira	36	0	36
PA Posto Agropecuário	29	0	29
<b>TOTAL</b>	<b>248</b>	<b>0</b>	<b>248</b>

Fonte: Elaboração própria

Muito embora não tenha ocorrido qualquer animal reagente positivo ao teste tuberculínico, não podemos afirmar a ausência da doença na região pesquisada: podemos afirmar sim, a ausência de animais positivos ao teste, pois existem outros fatores que contribuem para a crença da existência da doença na região.

As publicações nacionais sobre a prevalência da tuberculose bovina são poucas e estas são realizadas em propriedades particulares, onde não é rotina realizar os testes tuberculínicos no ato da aquisição dos animais.

Os dados oficiais sobre a prevalência da tuberculose bovina no Brasil se referem aos relatórios entregues pelos profissionais, médicos veterinários, nas Superintendências Regionais do Ministério da Agricultura e/ou nas Agências de Defesa Agropecuária dos estados. A última publicação oficial diz respeito aos anos de 1989 a 1998, período em que a média nacional foi de 1,3% de animais infectados (BRA-

SIL, 2006). Em meio a este período, em 1991, Langenegger, Langenegger e Oliveira, destacaram uma prevalência bastante relevante de 43,9% de tuberculose bovina no estado do Rio Grande do Norte; já no ano de 2007, Oliveira *et al.*, estudando, ainda, a prevalência da TB bovina no mesmo estado, encontraram uma prevalência de 8,66% (OLIVEIRA *et al.*, 2007). Mendes (2009), em sua tese de doutorado realizada no Estado de Pernambuco, identificou uma prevalência de bovinos positivos ao teste da tuberculina de 14,0% (86/612), para 77% (10/13) dos rebanhos que participaram da pesquisa.

Considerando-se a complexidade dos fatores que envolvem a tuberculose em bovinos, Lopes Filho (2010), aponta que a prevalência da tuberculose bovina no Brasil é algo ainda distante da realidade. O manejo de controle desta doença pode ser feito com a adoção de medidas principalmente sanitárias, como a identificação e o afastamento dos animais positivos. Esta identificação pode ser realizada através dos testes tuberculínicos na compra dos animais (ALVES, GONÇALVES; MOTA, 2008).

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentro da complexidade do tema tuberculose, em especial a questão zoonótica da doença, supõe-se que as reações negativas ao teste tuberculínico provenham dos exames realizados no ato da compra dos animais pelos assentados a que se soma, também, a questão do período de seca em que ocorreram muitas mortes de animais no nordeste brasileiro e dentre os mortos se encontram os animais doentes e debilitados.

## 5. REFERÊNCIAS

ALVES, C. M.; GONÇALVES, V. S. P.; MOTA, P. M. P. C. *et al.* Controle da tuberculose bovina. **Cad. Téc. Vet. Zoot.**, n. 59, p. 69-81, 2008.

BRASIL. Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento. **Programa Nacional de Controle e Erradicação da Brucelose e da Tuberculose Animal (PNCEBT)**. Brasília: MAPA/SDA/DSA, 2006. Organizadores: Vera Cecília Ferreira de Figueiredo, José Ricardo Lôbo, Vitor Salvador Picão Gonçalves.

FRANCIS, J. **Tuberculosis in animals and man**. London: Cassell and Company, 1958.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Banco de dados agregados**. Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/protabl.asp?c=74&z=p&o=26&i=P>>. Acesso em: 20 out. 2013.

LANGENEGGER, J.; LANGENEGGER, C. H.; OLIVEIRA, J. D. Tratamento massal da tuberculose bovina com isoniazida. **Pesquisa Veterinária Brasileira**, v. 11, n. 1, p. 21-23, 1991.

LILENBAUM, W. Atualização em tuberculose bovina. **Revista Brasileira de Medicina Veterinária**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 145-151, 2000.

LOPES FILHO, P. R. **Perfil epidemiológico da tuberculose bovina no Laboratório Nacional Agropecuário de Minas Gerais**, 2004 a 2008, 2010.

MENDES, E. I. **Avaliação da intercorrência entre leucose enzootica e tuberculose bovina em vaca leiteiras do Estado de Pernambuco**, 2009. Disponível em: <[http://200.17.137.108/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=737](http://200.17.137.108/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=737)>. Acesso em: 11 nov. 2012.



MONAGHAN, M. L. *et al.* The tuberculin test. **Veterinary Microbiology**, Amsterdam, v. 40, n. 1-2, p. 111-124, 1994.

NASCIMENTO, E. T. S. do. **Abordagem crítica dos programas oficiais de controle da tuberculose no Brasil nas áreas médica e veterinária**. Recife: UFRPE, 2005. Relatório.

NASCIMENTO, E. T. S. do. **Aspectos epidemiológicos da tuberculose bovina em Quixeramobim (CE):** Bacia Leiteira do Sertão Central do Ceará. Fortaleza; UECE. Dissertação de Mestrado, 2014.

OLIVEIRA, I. A. S. *et al.* Prevalência de tuberculose no rebanho bovino de Mossoró, Rio Grande do Norte. **Braz. J. Vet. Res. Anim. Sci.** [online], v. 44, n. 6, p. 395-400, 2007. Disponível em: <[http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-95962007000600001&lng=pt&nrm=iso](http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-95962007000600001&lng=pt&nrm=iso)>.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DE SAÚDE ANIMAL – OIE. **Manual de Animales Terrestres**, 2008. Cap. 2.3.3, p. 489-502.

PROAÑO-PEREZ, F. *et al.* Comparative Intradermal tuberculin test in dairy cattle in the north of Ecuador and risk factors associated with bovine tuberculosis. **American Journal of Tropical Medicine and Hygiene. McLean**, v. 81, n. 6, p. 1103-1109, 2009.

## CAPÍTULO 17

### PERCEPÇÕES E SENTIMENTOS DE EDUCADORES ACERCA DO *BULLYING* NA ESCOLA

Luiza Luana de Araújo Lira Bezerra  
Ilvana Lima Verde Gomes

#### 1. INTRODUÇÃO

A violência tem sido assumida como um problema de saúde pública em todo o mundo, devido às suas consequências, quer para os indivíduos, famílias e comunidades, sendo reconhecida, nas últimas décadas, como um fator de risco para o desenvolvimento humano (CORDEIRO *et al.*, 2010).

O número de vítimas desse agravo vem aumentando significativamente nos últimos anos, destacando-se entre as principais causas de morbimortalidade no mundo (MASCARENHAS *et al.*, 2009).

A violência, em suas origens e manifestações, representa um fenômeno sócio-histórico que acompanha a história da humanidade e não constitui, por si, um problema de saúde pública (MINAYO; SOUZA, 2006). Entretanto, quando se analisam suas consequências na saúde individual e coletiva, percebe-se que é um problema que deve ser observado pela ótica da saúde, visto que exige a formulação de políticas e práticas específicas peculiares ao setor para seu

enfrentamento e prevenção (AZAMBUJA; NOGUEIRA, 2008).

No processo de inserção da problemática da violência no âmbito da saúde pública, dada a sua importância para o processo saúde-doença das populações, a Organização Mundial de Saúde (OMS), ao publicar, em 2002, o Relatório Mundial Sobre Violência e Saúde, a define como:

O uso intencional de força ou poder, através de ameaça ou agressão real, contra si mesmo, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade, que resulta ou tem grande possibilidade de resultar em ferimentos, morte, prejuízos psicológicos, problemas de desenvolvimento ou privação (KRUG *et al.*, 2002, p. 5).

As diversas manifestações de violência urbana têm importância crescente na sociedade brasileira. Por se caracterizarem como um fato social que abrange toda a sociedade acaba por atingir, também, o ambiente escolar e se expressando no seu cotidiano por meio de preconceitos, intolerâncias e outras expressões. A violência atinge os territórios do entorno da escola e, por extensão, também se estende para dentro da escola em proporções crescentes (LEME, 2009).

Na realidade brasileira, as relações estabelecidas na comunidade escolar no desenvolvimento das atividades pedagógicas estão permeadas, de modo contundente ou sutil, por várias formas de violência, reproduzindo a vida social extra-muro escolar. A violência escolar tem suscitado investigações não apenas em razão da contradição que ela representa em relação à missão educativa da escola, mas, também,

pelas consequências a longo prazo que dela podem decorrer (LEME, 2009).

O termo “violência escolar” diz respeito aos comportamentos agressivos e antissociais, incluindo os conflitos interpessoais, danos ao patrimônio, atos criminosos, marginalizações, discriminações, dentre outros praticados por e entre a comunidade escolar (alunos, professores, funcionários, familiares e estranhos à escola) no ambiente escolar (PRIOTTO; BONETI, 2009; LOPES NETO, 2011). Muitas dessas situações se associam a fatores externos cujas intervenções podem estar para além da competência e capacidade das entidades de ensino e de seus funcionários (LOPES NETO, 2011). O comportamento violento resulta da interação entre o desenvolvimento individual e os contextos sociais, como a família, a escola e a comunidade (LOPES NETO; SAAVEDRA, 2004).

Priotto e Boneti (2009) classificam a violência escolar propondo uma diferenciação entre violência na escola, violência contra a escola e violência da escola. No que diz respeito à violência na escola, esta se caracteriza por diversas manifestações que acontecem no cotidiano da escola, praticadas por e entre professores, alunos, diretores, funcionários, familiares, ex-alunos, pessoas da comunidade e estranhos. Violência contra a escola é representada como atos de vandalismo, incêndios e destruição, roubo ou furtos do patrimônio. Em relação à violência da escola, esta se refere a todo tipo de prática utilizada pela instituição escolar que prejudique seus membros.

Comumente, quando se aborda a violência escolar, associa-se à violência explícita, forma de violência que está

relacionada a situações em que alunos discutem, brigam, se agredem, ou imagina-se casos de invasão de escolas por alunos ou ex-alunos problemáticos munidos de armas que depredam o patrimônio e provocam, muitas vezes, trágicos assassinatos. Diante desse quadro, exige-se medidas de segurança como muros e grades, detectores de metais, seguranças dentro e fora da escola. Este é o tipo de violência mais visível e de fácil identificação e é o que, normalmente, a sociedade e as autoridades estão empenhadas em combater (FANTE, 2005).

Aliada à violência explícita, outra forma de violência deve despertar a atenção de profissionais: aquela que se manifesta de forma velada, por meio de um conjunto de comportamentos cruéis, intimidadores e repetitivos, prolongadamente contra uma mesma vítima e cujo poder destrutivo é perigoso à comunidade escolar e à sociedade como um todo, pelos danos causados ao psiquismo dos envolvidos no fenômeno. Este é denominado de *bullying*, fenômeno que gera e alimenta a violência explícita e vem se disseminando nos últimos anos em escolas dos mais diversos países e, ultimamente, no Brasil (FANTE, 2005).

Dentre as modalidades de violência que ocorrem entre os escolares, a perpetração do *bullying* tem sido observada e estudada com maior frequência, haja vista o enorme prejuízo à formação global do indivíduo que é vitimizado (FANTE, 2005). Esta violência, que vem sendo estudada há mais tempo em outros países, como nos Estados Unidos e na Europa, tem sido foco de atenção especial das pesquisas acerca da violência escolar no contexto brasileiro. A violência no ambiente escolar perpassa o âmbito da educação e

da saúde pública e requer mecanismos de enfrentamento a partir da educação em saúde, além da participação efetiva de todos os envolvidos: professores, alunos, gestores, comunidade escolar, família e sociedade (SANTOS *et al.*, 2011).

O termo *bullying* (do inglês *bully* = valentão, tirano, brigão) não tem tradução adequada em português. No Brasil, adota-se o termo que, de forma geral, foi adotado na maioria dos países (FANTE, 2005).

Existem outros termos para definir esses comportamentos em alguns países, como por exemplo, *mobbing*, utilizado na Noruega e na Dinamarca; *mobbing*, na Suécia e na Finlândia; *prepotenza ou bullismo*, na Itália; em Portugal, *maus-tratos entre pares*; na Espanha, *acoso y amenaza entre escolares* (FANTE, 2005).

O fenômeno *bullying* é uma ação repetitiva e se caracteriza pela assimetria de forças entre o ameaçador e a vítima, o que caracteriza uma relação de poder assimétrica (OLWEUS, 2001). Fante (2005) corrobora os estudos de Olweus (2001), afirmando que o *bullying* apresenta características peculiares que impedem que seja confundido com outras formas de violência e que torna possível a intimidação da vítima. Dentre estas características, pode-se citar sua natureza repetitiva, desequilíbrio de poder entre vítima e agressor, incapacidade da vítima de se defender e motivar pessoas a agirem em sua defesa e, dentre elas, a mais grave, que é a propriedade de causar traumas ao psiquismo de seus envolvidos.

Portanto, de acordo com Fante (2005), por definição universal, *bullying* é um conjunto de atitudes agressivas, intencionais e repetitivas, que ocorrem sem motivação

evidente, adotado por um ou mais alunos contra outro (s), causando dor, angústia e sofrimento. Insultos, intimidações, apelidos cruéis, gozações que magoam profundamente, acusações injustas, atuação de grupos que hostilizam e ridicularizam outros alunos, levando-os à exclusão, além de causar danos físicos, morais e materiais, são algumas das manifestações do comportamento *bullying*, um fenômeno que acarreta para as vítimas sofrimento psíquico, diminuição da autoestima, isolamento, prejuízos no aprendizado e desempenho acadêmico (MOURA; CRUZ; QUEVEDO, 2011).

O *bullying* tem se mostrado como uma epidemia grave em avanço no mundo, consoante evidenciam as taxas de prevalência apresentadas em estudos. Olweus (1978), em seus estudos iniciais sobre a temática, constatou que, a cada sete alunos, um estava envolvido em casos de *bullying* (FANTE, 2005). No inquérito transversal *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC), realizado com a população escolar em mais de quarenta países, a Organização Mundial de Saúde (OMS) identificou que, entre alunos de 13 anos, 14% referiram ter sofrido *bullying* nos últimos dois meses, sendo a maior frequência na Lituânia (29%) e a menor na Suécia (4,5%) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

Essas altas taxas são preocupantes e apontam para a necessidade de estratégias precoces e efetivas que visem o combate ao *bullying*. Pesquisas descrevem intervenções bem sucedidas, fundamentadas em ações multidisciplinares que envolvem os vários níveis de prevenção (OLWEUS, 1993).

Apesar da dimensão e das consequências do fenômeno, esta problemática tem sido socialmente negligenciada,

visto que muitos adultos a consideram inevitável na trajetória escolar e, por vezes, encaram como algo que faz parte da iniciação à vida adulta (MASCARENHAS *et al.*, 2009).

No que se refere à classificação do *bullying*, Lopes Neto (2011) diz que existem duas formas de classificação: a que se baseia nas circunstâncias em que as vítimas são agredidas e a outra que considera o tipo de agressão sofrida. As ações diretas são as praticadas diretamente contra os alvos (cara a cara), ou seja, a vítima vê o seu agressor. As ações indiretas são realizadas “pelas costas” das vítimas, ou seja, não exigem a presença física dos alvos para que sejam efetivadas. Em relação ao tipo de agressão sofrida, o *bullying* se classifica em dois tipos: direto e indireto. O direto se subdivide em físico (bater, chutar, tomar pertences), verbal (apelidos, insultos), gestual, sonoro ou relacional (sinais, imitações, sons simulados, atitudes preconceituosas, sexuais ou discriminatórias). A forma indireta se refere à disseminação de histórias desabonadoras, exclusão, ameaças, furtos e danos materiais. Esta forma é de difícil detecção e praticamente impossibilita a autodefesa.

Uma nova forma de *bullying* que foge aos moldes tradicionais do indireto é o *bullying* digital ou *cyberbullying*, que utiliza as tecnologias de informação e da comunicação para execução de comportamentos hostis, repetitivos e deliberados (LOPES NETO, 2011).

Quanto às formas de envolvimento de estudantes em situações de *bullying*, estudiosos identificam quatro formas: alvos ou vítimas, agressores ou autores, alvos/autores, testemunhas ou expectadores (FANTE, 2005; SILVA, 2010; LOPES NETO, 2011). Entretanto, devido à característica



dinâmica e circunstancial das ações de *bullying*, os alunos transitam entre a figura de agentes ativos (alvo/autor) e a de testemunhas passivas.

Os alvos (vítimas) de *bullying* são os que sofrem agressões repetitivas por parte de um estudante ou por mais alunos. Eles ocupam essa posição por períodos variáveis, que são justificados por situações, circunstâncias ou características físicas, comportamentais ou sociais (LOPES NETO, 2011).

A vítima típica é um indivíduo geralmente pouco sociável e que, em geral, não dispõe de recursos, status ou habilidade para reagir ou cessar o *bullying*. As características mais comuns são: aspecto físico mais frágil do que o dos outros alunos, extrema sensibilidade, timidez, passividade, submissão, insegurança, baixa autoestima, dificuldade de aprendizado, ansiedade e aspectos depressivos. A autoestima, muitas vezes, se encontra tão comprometida que o alvo acredita ser merecedor das agressões e intimidações sofridas (FANTE, 2005; LOPES NETO, 2011). Assim, pode evitar a escola e o convívio social, como forma de se proteger de novas agressões. Desta forma, queixas de indisposição, dor de cabeça ou de barriga na hora de ir à escola, podem ser frequentes. De forma mais rara, pode apresentar atitudes de autodestruição ou intenções suicidas (LOPES NETO, 2011).

Nos casos em que alunos armados invadiram as escolas e atiraram contra colegas e professores, cerca de dois terços destes jovens eram vítimas de *bullying* e recorreram às armas para combater o poder que os sucumbia. As agressões não tiveram alvos específicos, sugerindo que o desejo era o de “matar a Escola”, local em que, diariamente, todos

os viam sofrer e nada faziam para protegê-los (LOPES NETO; SAAVEDRA, 2004).

Estudos mostram que as vítimas não aparentam ser um grupo tão homogêneo como se supunha. Uma primeira distinção entre vítimas passivas (inseguras, ansiosas e incapazes de se defenderem) e vítimas agressivas (de comportamento exaltado e que reproduzem os maus-tratos sofridos) foi proposta nos estudos iniciais de Olweus (1978).

O agressor ou autor vitimiza os mais fracos. Frequentemente, é membro de uma família desestruturada sem relacionamento afetivo. Normalmente, se apresenta mais forte que seus companheiros de classe e que suas vítimas, podendo ter a mesma idade ou ser um pouco mais velho e pode ser fisicamente superior. Sente necessidade de dominar, de se impor mediante o poder e a ameaça; é mau-caráter, impulsivo, se irrita facilmente e tem baixa resistência a frustrações. Adota condutas antissociais, incluindo roubo, vandalismo e tem probabilidade maior para apresentar comportamentos de risco – consumir tabaco, álcool e outras drogas, portar armas, entre outros (FANTE, 2005).

Os alvos/autores são aqueles alunos que reproduzem o *bullying*, ora o sofrem ora o praticam. Este grupo representa 20% dos alunos autores. Diferem dos outros grupos por serem impopulares, terem poucos amigos, sentirem-se rejeitados entre os colegas, inseguros, apresentando atitudes negativas sobre si e os outros. Este grupo merece atenção especial por apresentar maior incidência de sintomas depressivos e pensamentos suicidas. Distúrbios psiquiátricos são mais frequentes neste grupo (LOPES NETO, 2011).

As testemunhas ou expectadores são os estudantes

que não se envolvem, diretamente em atos de *bullying*, somente o presenciam, porém, não o sofrem nem o praticam, mas convivem em um ambiente onde o fenômeno ocorre e que, certamente, exerce influências sobre o seu desempenho escolar, no sentimento de segurança e relacionamento social na escola. Representa a grande parcela de estudantes que convivem com o fenômeno e adotam a Lei do Silêncio por terem medo de se transformar em um novo alvo para o agressor (FANTE, 2005; LOPES NETO, 2011).

No que se refere aos fatores de risco e causas da ação do agressor, Lopes Neto (2011) afirma que o *bullying* acontece em um contexto social composto pelas influências das características individuais dos envolvidos e do ambiente em que ocorre. Portanto, a análise do impacto somente com base nas características individuais, sem considerar os fatores externos, limita a percepção acerca do fenômeno. Fatores econômicos, sociais e culturais, aspectos inatos de personalidade e influências do ambiente familiar, escolar, comunitário, de amigos constituem fatores predisponentes para a prática do *bullying*.

De acordo com Fante (2005), as causas desse comportamento, segundo especialistas, advêm de carências afetivas, da ausência de limites e do modo como os pais “educam” seus filhos, por meio de maus-tratos físicos e explosões emocionais violentas. Acrescenta que existem duas principais causas da ação do agressor. A primeira é a necessidade do agressor de reproduzir contra os outros os maus-tratos sofridos tanto em casa quanto na escola. Esta reprodução constante de atos agressivos é denominada por Fante (2005) de Síndrome de Maus-Tratos Repetitivos. A segunda se re-

ferre à ausência de modelos educativos humanistas, ou seja, a carência de valores mais humanos no contexto educativo tem induzido o escolar ao caminho da intolerância, que se expressa pela não aceitação das diferenças pessoais próprias a todos os seres humanos.

Considerando as proporções alarmantes em que esse fenômeno está atingindo o ambiente escolar, existe, atualmente, uma preocupação quanto à forma dos docentes lidarem com o assunto. De acordo com Matos e Gonçalves (2009), uma parcela de educadores que trabalham em escolas não encara os comportamentos dos estudantes, como ameaça e opressão, enquanto comportamentos de violência. Desta maneira, o não reconhecimento do *bullying* pelos professores como prática danosa ao desenvolvimento psíquico dos alunos contribui para a incidência e a manutenção do *bullying* no ambiente escolar.

Os estudos mostram que há pouca conscientização e conhecimento da realidade do fenômeno pelos meios educacionais e despreparo dos profissionais da saúde e da educação para lidar com a violência, principalmente a velada (SILVA; ROSA, 2013; SILVA *et al.*, 2014). Dessa forma, o conhecimento acerca do fenômeno, das suas características e, sobretudo, das implicações, é fator decisivo para iniciativas bem sucedidas voltadas para a intervenção e a prevenção do *bullying* (FANTE, 2005).

Considerando o rol de possibilidades de intervenção diante do fenômeno da violência escolar, a literatura sinaliza a relevância da atuação junto aos professores, na medida em que estes profissionais desempenham papel fundamental na identificação e intervenção no *bullying* entre os alunos. Estu-

dos recentes indicam o nível de comprometimento do professor na realização de intervenções como um componente essencial para o êxito de medidas de prevenção e combate à violência escolar (CRAIG; BELL; LESCHIED, 2011).

Nesse sentido, a presente pesquisa vem contribuir para aclarar o fenômeno do *bullying* escolar sob o olhar dos educadores. Seus resultados podem contribuir para uma melhor compreensão deste fenômeno e como apoio às tomadas de decisão visando a sua prevenção.

Enfocando a relevância da atuação dos professores na redução dos incidentes de *bullying* na escola, o presente estudo teve como objetivo conhecer as percepções e sentimentos de educadores do Ensino Fundamental acerca do *bullying* no contexto escolar.

## 2. PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo, realizado com 10 educadores de uma escola pertencente à rede municipal de ensino do município de Fortaleza. A escolha por este cenário, inicialmente, se deu por conveniência, mas, após a visita à escola, percebeu-se que se tratava de uma instituição de ensino que dispunha de condições adequadas para a realização da pesquisa, no que diz respeito à estrutura física, organizacional e pedagógica.

Foram considerados educadores os que trabalhavam diretamente com o processo de ensino-aprendizagem, no âmbito escolar, como professores, diretora, vice-diretor e coordenadores. Os critérios de seleção para os educadores foram: ministrar aulas nas respectivas turmas que partici-

param do estudo, critério que foi utilizado para selecionar, especificamente, os professores; ter, no mínimo, seis meses de vínculo com o serviço. Foi estabelecido como critério de exclusão estar de férias ou licença.

Para obtenção das narrativas, utilizou-se a entrevista semiestruturada, que foram gravadas, transcritas e analisadas. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo do tipo categorial temática, norteadas pelo objetivo da pesquisa. No processo de análise, percorreu-se três passos: a pré-análise ou organização do material; em seguida, a exploração desse material mediante a classificação e codificação ou categorização; e, por fim, a interpretação dos resultados, desencadeando reflexões a propósito dos objetivos previstos (BARDIN, 2010).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, parecer n° 11583281-5 e autorizado pelo Comitê da Secretaria Municipal de Educação do município de Fortaleza. Obedeceu-se às orientações éticas estabelecidas pela Resolução n° 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, vigente à época. Os responsáveis pelos alunos e educadores assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após as explicações sobre o seu conteúdo e sobre a pesquisa. Os participantes foram identificados por codinomes, como forma de lhes garantir o anonimato.

### **3. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Neste capítulo, encontram-se os resultados obtidos das entrevistas e a discussão baseada no referencial teórico utilizado.

Após a submissão do material à análise de conteúdo, tendo por base o objetivo apresentado, emergiram as seguintes categorias: concepções de educadores acerca do *bullying*; sentimentos dos educadores frente à ocorrência do *bullying*; e estratégias de intervenção.

### 3.1. CONCEPÇÕES DE EDUCADORES ACERCA DO BULLYING

A maioria dos educadores compreende os prejuízos causados pelo *bullying* no desenvolvimento cognitivo dos estudantes, além dos prejuízos físicos e psicológicos.

É uma coisa que afeta muito o cognitivo da criança. Neutraliza o futuro dessa criança. Essa criança num vai evoluir nunca! Entendeu!? Ela vai ser sempre uma pessoa fechada, como se fosse um passarinho dentro da gaiola, mas que passa muitos anos preso e que lá na frente traz traumas, complica com a vida social dessa criança, desse adolescente. Na vida adulta ela vai transferir, eu penso dessa forma, o que ela passou pra a criança que ela vai ter um dia quando for ser mãe ou pai (E2).

Porque eu não acho legal isso pro aluno porque ele acaba criando um sentimento ali de... é, como eu poderia dizer... ele se sente mal diante da sala. Ele pode criar algum complexo, alguma coisa do tipo e isso vai com ele até a idade adulta, certo (E5).

Eu acho que o bullying é horrível, porque a criança fica traumatizada com aquele apelido. Porque ela se sente rejeitada. E talvez isso atinja [...] ela fica [...] com depressão. Eu tenho impressão que fica porque a pessoa ficar chamando tanto de apelido e ela num gosta, aquilo ali faz mal a ela, tanto mental como até psíquico e biológico também. Às vezes, a criança fica revoltada (E7).

Eu acho trágico. Alguém ser perseguido ou, por qualquer motivo que seja, físico ou psicológico, é terrível. Eu acho terrível (E10).

O entendimento dos educadores de que o fenômeno *bullying* pode acarretar aos escolares problemas comportamentais, emocionais assim como prejuízos na vida social, na infância e, posteriormente, na fase adulta, é um passo importante do despertar da escola para o problema. Ao se tornarem mais conscientes, compreendendo a atual realidade da violência escolar, os docentes têm maiores condições de buscar soluções para a redução e/ou interrupção do *bullying*.

As consequências do *bullying* afetam todos os envolvidos, alvos, autores e testemunhas, acarretando também prejuízos para a família, a escola e a sociedade. Segundo Fante (2005), para a vítima, caso esta não supere os traumas causados pelo fenômeno, poderá desencadear processos prejudiciais ao seu desenvolvimento psíquico, gerando sentimentos negativos, de vingança, baixa autoestima, baixo rendimento escolar, comportamentos depressivos, podendo desenvolver transtornos mentais e psicopatologias graves.



Ser alvo de *bullying* pode predispor a instalação e manutenção de diversos sinais e sintomas clínicos (LOPES NETO, 2011). Enurese noturna, cefaleia, desmaio, bulimia, tentativa de suicídio, perda de memória, depressão, alteração de sono, dor epigástrica, ansiedade são alguns dos sinais e sintomas observados nos casos mais graves de sofrimento vivido em decorrência do *bullying* (FANTE, 2005; LOPES NETO, 2011).

A ideia de que a violência seja uma manifestação social recente não é verdadeira; ela é tão antiga quanto os primeiros núcleos civilizatórios, mas, apesar desta constatação histórica, isto não significa que se deva entendê-la e aceitá-la como parte inevitável da condição humana (LOPES NETO, 2011). Esta concepção emergiu dos relatos dos professores, ao considerarem o *bullying* como um processo natural inerente à faixa etária em que os alunos se encontram e ao próprio ambiente escolar.

Não é aceitável, certo?! Ninguém deve aceitar, achar que é uma coisa natural, que pode acontecer, mas que é natural, é. Ninguém vai deixar que aconteça, certo. Ver uma criança sendo ridicularizada, uma adolescente, e você achar que é natural e deixar. Mas eu acho que é o próprio processo, da idade deles, existe isso. E sempre existiu, e sempre vai existir. Eu acho que isso aí é uma questão que a gente pode conversar, mas que o aluno vai deixar de chamar o aluno de gordinho, de sei lá, apelidar. É mais com apelido. E eu acredito que por mais que se converse com os alunos, isso aí ninguém vai tirar totalmente da escola

não. Seja lá na escola particular, seja na escola pública, privada ou publica, sempre vai existir (E1).

A educadora afirma que esse tipo de relação baseada na intimidação sempre existiu e sempre irá existir, sendo por isto considerada “natural” e inerente à vida escolar. Constata-se diante desta fala, que o fenômeno ainda não é considerado por muitos profissionais da educação como um problema social complexo que necessita de intervenções efetivas que visem sua redução e prevenção no contexto escolar.

Nesse sentido, Costa (2009) afirma que não se pode por fim às brincadeiras entre escolares no ambiente escolar. O que a escola precisa é estabelecer o limiar entre uma brincadeira aceitável e uma agressão e isto não é tão difícil como parece. Basta que o professor se coloque no lugar da vítima. Para este autor, ao perceber o *bullying*, o professor deve corrigir o aluno e, em casos de violência física, a escola deve tomar as medidas devidas, sempre envolvendo os pais.

Assim, percebe-se que, apesar da dimensão e das consequências, o *bullying* tem sido socialmente negligenciado, já que muitos adultos consideram-no inevitável na vida escolar e, por vezes, encaram-no como algo que faz parte da iniciação à vida adulta (LOPES NETO, 2005; MASCARENHAS *et al.*, 2009).

A omissão pode ser resultado do desconhecimento ou da naturalização da violência. Por ser uma forma de violência mascarada, o *bullying* não é controlado e passa a fazer parte do cotidiano da escola, a ser naturalizado (CAMACHO, 2001), considerado como algo normal, provocando a insensibilidade ao sofrimento do outro.

Para Lopes Neto (2011), a prática de *bullying* não deve ser considerada como característica normal no desenvolvimento, mas, sim, como um indicador de risco para a adoção de comportamentos violentos mais graves.

A ocorrência de *bullying* na escola, na percepção da maioria dos docentes, estaria relacionada ao contexto familiar que poderia influenciar o comportamento violento dos filhos.

A gente vê que os próprios pais, às vezes, chamam um coleguinha de apelido pro próprio filho escutar “Aquele fulano do cabelo de fogo?”, “Aquele fulano, aquele teu colega...” então a própria família... eu acho que incentiva, inconscientemente, não botando a criança pra poder brigar, nem maltratar, mas ele inconscientemente faz isso (E1).

Eu creio que é algo que eles trazem já de casa. Na maioria das vezes são os pais que agem dessa forma, discriminando pessoas A ou B, eles trazem isso pra dentro da escola (E6).

A minha percepção é família. A família não informa pra os seus filhos o respeito ao semelhante. E, além do mais, tem outro agravante, a droga, temos também a falta de religiosidade. Nós somos esse produto da família. Então hoje a família está muito desestruturada, e então isso é a resposta de uma formação mal estruturada. E o *bullying*, com certeza, é fruto de uma

criança mal criada. Essa é a minha conclusão. Eu responsabilizo a família como essencial nesse desenvolvimento de distúrbio como sendo um comportamento errado. É a família. Essa é a minha conclusão, é a família (E8).

Na intenção de explicar os motivos da prática de *bullying* pelos alunos, Fante (2005) concorda que a principal causa do comportamento violento entre os estudantes esteja nas relações familiares estabelecidas com os adultos. Contudo, responsabilizar somente a família pela ocorrência de *bullying* na escola, seria desconsiderar o contexto social, que exerce forte influência sobre o desenvolvimento humano, bem como ignorar qualquer responsabilidade da dinâmica escolar diante das situações de *bullying*.

Os professores, ao atribuírem a ocorrência do problema às relações familiares, indiretamente, parecem se eximir da própria responsabilidade como educadores no processo de formação, desenvolvimento da personalidade e subjetividade dos alunos (OLIBONI, 2008).

Conforme Lopes Neto e Saavedra (2008), a escola é o segundo espaço de aprendizagem e convivência para a criança, exercendo papel fundamental em sua vida, muito além de ser simples transmissora de informações e conhecimentos. Isto porque a dinâmica da escola pode amenizar ou, ao contrário, acentuar as dificuldades experimentadas pela criança no convívio familiar.

Nesse sentido, Fante e Pedra (2008) acrescentam que a escola tem papel fundamental na redução do *bullying*, por meio de ações e programas preventivos, em parceria com as

famílias dos alunos e os diversos atores sociais, para garantir a sua eficácia. É fundamental que, em cada escola, se constitua uma comissão ou equipe que possa articular políticas preventivas e capacitar seus profissionais para atuar de forma segura, sem correr riscos desnecessários.

Pereira (2003), em sua pesquisa, constatou que os professores percebem as violências como um fenômeno em expansão, reforçado, principalmente pelas desigualdades sociais, pela influência da mídia e pela desestruturação familiar, impondo consequências no cotidiano escolar.

Cabe salientar que muitos dos estudos que analisam a violência escolar se referem a esse tipo de violência como consequência de um processo que se inicia na família, com a desestruturação familiar, a falta de limites e de referências da maioria dos adolescentes, e teria continuidade nos grupos e relações sociais pertencentes ao ambiente externo à escola. Aparecem também, as causas socioeconômicas, a exclusão social, o tráfico de drogas, a falta de oportunidades e de trabalho, a influência da mídia, o rápido crescimento biológico, o tempo livre e ocioso, a falta de perspectivas, a falta de um sonho, todos considerados fatores determinantes da violência na escola (PRIOTTO; BONETI, 2009).

Os educadores têm papel fundamental na vida de seus educandos, sendo, assim, responsáveis, também, por sua formação moral e afetiva. O desenvolvimento moral é um processo em construção permanente na vida do sujeito e a escola pode ser um facilitador para este desenvolvimento (LICCIARDI *et al.*, 2011).

A escola precisa se conscientizar de que tem um papel fundamental na formação moral e ética dos futuros su-

jeitos de uma sociedade. É necessário, como aponta a análise dos dados da pesquisa de Camacho (2001), que a escola inclua em seu currículo discussão, reflexão e entendimento de alguns conceitos como: gênero, etnia, alteridade, multiculturalismo, identidade (cultural e social), preconceito, entre tantos outros, para que se construa uma sociedade fortalecida na democracia.

### 3.2. SENTIMENTOS DE EDUCADORES FRENTE À OCORRÊNCIA DO BULLYING

A ocorrência do fenômeno *bullying* na escola faz emergir sentimentos nos educadores que são revelados nas falas a seguir.

Em alguns professores, desperta sentimentos de impotência, por não saberem como agir diante das situações de *bullying* e frustração por não conseguirem solucionar o problema através dos mecanismos utilizados em sala de aula.

Eu me sinto um pouco impotente quando eu não consigo, por exemplo, naquele momento você faz com que o aluno entenda que não se deve fazer isso. A falta de respeito. A gente tem que respeitar o próximo, seja lá como ele for, mas tem que respeitar. Naquele momento a gente consegue, mas ao mesmo tempo quando eles estão soltos em outro espaço, ou então na escola, a gente sabe que isso volta a acontecer (E1).

É assim, de impotência. De não saber o que fazer. Porque o que eu tento fazer em sala é conscientizá-los (E3).

A gente percebe que mesmo colocando isso na sala de aula, parando a aula, conversando com os alunos, tentando conscientizá-los que não é isso, que não é interessante fazer isso, que tem que haver respeito, e tudo, a coisa continua. O fato de eu parar minha aula, e fazer uma explicação, conversar com eles, não resolve o problema. Então, muitas vezes é como... um sentimento um pouco de ver que eu fiz a minha parte, mas não foi suficiente. Frustração, pelo fato de eu tentar da minha maneira, tentar solucionar o problema e ver que num, ainda, ele continua (E4).

Nesse contexto, estudos afirmam que os professores podem vivenciar esgotamento profissional devido ao estresse promovido pela frustração e impotência por não saberem como agir diante dos comportamentos inadequados dos alunos (FANTE, 2005).

Os educadores também revelaram que não se sentiam preparados para trabalhar o bullying no âmbito escolar. Para Fante (2005), a prevenção ao bullying deve se iniciar pela capacitação dos profissionais da educação, a fim de que saibam identificar, distinguir e diagnosticar o fenômeno, bem como conhecer as respectivas estratégias de intervenção e de prevenção disponíveis. “Quando eu vejo, às vezes, eu me sinto constrangida. Porque, às vezes, a gente não sabe lidar com esse tipo de situação, é porque a gente não é muito preparada na faculdade pra isso, não é verdade?” (E5).

Estudos mostram ser a sala de aula o local em que ocorre *bullying* com maior frequência. Este achado pode ser

um sinal de que os professores não sabem diferenciar atitudes violentas de brincadeiras próprias da idade bem como lhes falta capacitação para identificar e desenvolver medidas capazes de enfrentá-lo (FANTE, 2005).

O despreparo dos profissionais da educação ocorre porque, tradicionalmente, nos cursos de formação acadêmica são capacitados unicamente para o ensino de disciplinas, não sendo valorizada a necessidade de lidarem com os conflitos e sentimentos dos estudantes (FANTE, 2005).

Os professores sumarizam uma dificuldade do processo formativo docente, muitas vezes aliado à falta de conteúdos significativos e necessários para a atuação prática. Neste sentido, percebe-se que o sistema de ensino, a exemplo do Programa Saúde na Escola, tem trabalhado o tema do *bullying* e levado para as pautas de discussão nas escolas, porém, nem sempre as ações formativas oferecidas apresentam qualidade ou vão ao encontro das necessidades dos professores, o que não colabora para a melhoria da situação (HEKTNER; SWENSON, 2011).

Isso pode ser considerado preocupante, em função de diversos estudos indicarem que a maioria dos professores apresenta dificuldade em identificar as agressões praticadas pelos alunos, com destaque para as mais sutis, devido, principalmente, a fragilidades na formação inicial para a docência e à complexidade que as situações de violência assumem na interação entre os alunos (MENDES, 2011).

Stephan *et al.* (2013) afirmam que o processo de capacitação e desenvolvimento é fundamental para os docentes aprenderem a lidar com problemas comportamentais e emocionais dos alunos e para a aplicação de técnicas de



resolução de conflitos e de habilidades sociais entre alunos. Destaca-se que estes aspectos concentram atenção na habilidades dos educadores.

Entre os educadores entrevistados, também emergiram sentimentos de revolta diante das ações de *bullying*, e pena e tristeza ao presenciarem situações de intimidações e sofrimento.

Às vezes me dá pena do aluno. Quando eu sei que ele é fraco, ele é frágil, certo? Eu me sinto mais do lado dessa pessoa. Assim, no sentido de proteger, porque eu sei que ele tá ali fragilizado e humilhado (E1).

O sentimento é de revolta (E6).

Eu fico triste, porque eu vejo que a pessoa que sofre o tipo da agressão, de gozação, fica constrangida, ele fica triste, entendeu. Eu fico com muita pena. Quando eu presencio, é um sentimento de muita pena, eu digo até passividade, porque eu faço a minha parte como educadora, tentando conscientizá-los parar com isso, falo sobre respeito, mas eu sinto que a pessoa sofre muito, sofre muito (E3).

Uma das professoras recordou de situações de *bullying* que sofreu na infância.

Eu me sinto oprimida também. Porque talvez lá no passado, a gente já sofreu uma coisinha. Porque antigamente era menos, mas tinha, né, alguma coisa, algum apelido que diziam, né. A gente se sente rejeitada, então isso, automaticamente, você lembra

daquela, como é ruim na escola acontecer essas coisas. Deixa a pessoa deprimida, revoltada (E7).

Ao analisar as falas, pode-se observar que as consequências psicológicas do *bullying* afetam, além dos estudantes, os próprios educadores, que têm dificuldades emocionais para lidar com os problemas de maus-tratos ou de violência que ocorrem em sala de aula.

### 3.3. ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

Na busca por estratégias de enfrentamento ao *bullying* na escola, os educadores acreditam que as ações devem objetivar a preparação dos professores e da escola para atuar na prevenção do *bullying*, o fortalecimento da relação entre a família e a escola e o desenvolvimento de projetos que visem à conscientização dos alunos.

Seja lá como for o tipo de bullying, eu acho que primeiro o professor, ele tem que está preparado pra lidar com essas situações. Porque nem sempre, o educador, as pessoas que trabalham na escola são capazes de lidar. Ou as próprias pessoas que estão na escola hostilizam essas crianças. Eu acho que a escola pública, principalmente, eu não sei se a escola particular também, ela não está ainda totalmente preparada para aceitar esse problema que é tão grande assim, que vem afetando a questão da sociedade mesmo. Acho que a sociedade está precisando de um trabalho melhor em relação a isso (E1).

A fala da professora demonstrou a fragilidade que os profissionais de educação enfrentam no cotidiano escolar para lidarem com as situações de violência entre os estudantes. Revelou, ainda, em seu relato, a violência perpetrada pela própria escola contra seus alunos.

Nesse sentido, percebe-se que, diante das dificuldades encontradas para lidar com os problemas de comportamentos agressivos entre estudantes, a escola pode assumir posturas agressivas.

Fante (2005) acredita que a prevenção do *bullying* deve começar pela capacitação de profissionais da educação, a fim de que saibam identificar, distinguir e diagnosticar o *bullying*, bem como conhecer as respectivas estratégias de intervenção e prevenção.

Pelo que se verificou nas observações e, posteriormente, foi reafirmado nas falas, os educadores conseguem identificar as práticas de *bullying*, porém, não possuem capacitação e preparo para lidar com o fenômeno, assumindo, muitas vezes, uma postura passiva diante da sua ocorrência.

Eu acho que todos os professores sabem identificar; ele não faz, ele não sabe é trabalhar com a situação. Identifica, sabe o que está acontecendo, mas ai assim, Porque que eu vou ter trabalho? Eu vou deixar acontecendo ai, e vai deixando. Aí quando acontece o pior em sala de aula “Ah! Porque eu num sabia”, “Porque num sei quê” aí vem às desculpas. Mas eu acho que o professor, ele está em sala de aula, principalmente, todos os dias naquela turma, ele sabe, ele identifica, ele sabe o nome dos seus alunos,

ele sabe quem é que sabe ler, quem é que num sabe ler, quem é bom em matemática, quem não é, porque que ele num identifica um problema maior? (E3).

Tratando-se da violência da escola, Silva (2010) explica que todo professor deve proceder de forma que seu comportamento seja exemplo para seus alunos. Entretanto, por vezes, a escola se depara com circunstâncias em que o professor se destitui de suas obrigações e cria situações que podem ameaçar, constranger ou colocar em risco a integridade física e/ou psicológica de um escolar.

Ainda segundo Marriel *et al.* (2006), a formação continuada dos educadores é algo que precisa ser destacado na sociedade, pois, com professores despreparados para receber alunos arredios, pode-se acentuar ainda mais o comportamento agressivo destes alunos que não têm limites de comportamento, nem disciplina. Uma vez perdendo o domínio da situação dentro da sala de aula, o professor permite que o agressor volte ao seu *habitat* natural, de agressões, humilhações e violência contra seus pares.

Outra estratégia de enfrentamento apontada pelos professores foi o desenvolvimento de ações junto às famílias dos alunos envolvidos em casos de *bullying*, fortalecendo a relação família-escola.

Por parte da escola eu acho que pode trazer mais os pais pra escola, entendeu? Conversar mais. Então eu acho que a escola poderia chamar mais a família junto, fazer mais reuniões com os pais. Reuniões que realmente fosse exatamente pregado sobre isso, essa

coisa dos valores morais pra própria família, entendeu? Eu acho que podia se juntar mais era aliar a escola com família. É imprescindível, o trabalho precisa também ser feito na família. Eu acho que o aluno quando ele vem pra cá com essa, essa coisa de praticar o bullying, eu acho que é por trás do seio familiar está havendo uma defasagem. Eu acho que trabalhar com família seria muito interessante. Interessante não seria o ponto de partida, o principal (E4).

A família, certo, ela desenvolve um papel muito importante... Então precisa assim, ter um preparo familiar, entendeu? Eu acho que as igrejas, as comunidades organizadas. Tem que ter esse trabalho de falar da importância da família (E2).

Primeiro, é a relação entre família/escola, uma aproximação (E9).

Fante (2005), a exemplo do Programa Educar para a Paz, projeto que desenvolveu com o objetivo de buscar estratégias de intervenção e prevenção do *bullying*, afirma que para que se alcance êxito na implantação de ações antibullying é imprescindível a participação do segmento familiar. Isentar a participação dos pais é equivocar-se na ideia que a escola é a única responsável pelo processo educacional. Em suas reflexões sobre as iniciativas antibullying, refere que estas visam a melhoria da competência dos profissionais e da capacidade de interação social nas relações interpessoais, além da estimulação de comportamentos positivos, cooperativos e solidários. Baseado nesta premissa, parte da refle-

xão pedagógica se centrou na temática dos valores humanos, como a ética, a moral e a cidadania.

Compreende-se que o aluno, cuja família é dedicada e firme e cujos professores desempenhem, de forma consciente, suas atribuições, pode ter estas demandas dirimidas. Segundo o Ministério da Saúde (2009), por meio do diálogo e de uma comunicação emancipadora em que as crianças possam ser envolvidas em ações educativas para que seja possibilitada a reconstrução do saber e as concepções dos escolares acerca do certo e errado, bem como a partir da formação continuada dos educadores, é possível promover a saúde no contexto escolar.

A fala a seguir revela a importância que alguns dos educadores atribuem à implantação de projetos educativos que visem esclarecer os alunos sobre o *bullying* e suas consequências e que, além disto, sejam centrados no ensino de valores e atitudes que combatam a violência.

Nas minhas aulas, como eu estou tentando criar aqui na escola o chamado Projeto Cidadania. Abre espaço das minhas aulas de Língua Portuguesa para gente trabalhar a coisa da ética, do respeito, da cidadania, do amor ao próximo, entendeu? E, e trabalhar isso com os alunos e na escola toda (E4).

Eu acho que projetos que conscientizassem os alunos, não é isso. Que poderia passar pra eles, as consequências que isso pode acarretar futuramente. Poderia se criar um projeto pra que os alunos pudessem perceber os danos que isso podem levar, pra que eles deixassem de praticar o bullying (E5).

Primeiro, tem que ser feito o trabalho de esclarecimento pros alunos de que o que eles estão fazendo realmente é bullying. Tem que ser feito o trabalho de esclarecimento educacional em relação a isso (E6).

Nesse sentido, ensinar crianças e adolescentes a desenvolverem atitudes positivas, cooperativas e solidárias é uma medida que os auxiliará a conviver pacificamente e a construir um mundo melhor. Portanto, a escola deve estimular o ensino e o desenvolvimento de atitudes que valorizem a prática da tolerância e da solidariedade entre os alunos. O diálogo, o respeito e as relações de cooperação precisam ser valorizados e assumidos por todos os envolvidos no processo educacional (FANTE, 2005). Neste sentido, César contribui dizendo:

O trabalho educativo do educador não pode conter, de forma alguma, o rancor, a rispidez, o mau humor, o desrespeito, a ofensa, o cinismo, o autoritarismo que humilha e envergonha. Ele deve ensinar atitudes que favoreçam a convivência humana, o respeito e a solidariedade. Eis aqui um desafio para todos os professores/as, comprometidos/as com o “agir pedagógico” que privilegie, interventivamente, o vínculo pessoal saudável, a tolerância, a capacidade de cuidar do outro e se deixar ser cuidado. Esta é uma missão que devemos adotar em nossas práticas educativas enquanto profissional da educação: desenvolver “corações e mentes” mais humanos. (2009, p. 3504-3505).

O *bullying* escolar, ao mesmo tempo em que é uma ameaça à democratização das relações sociais, ele isola os sujeitos do processo educativo. Deveremos, portanto, além de incentivar uma convivência pacífica entre os alunos, inserir no currículo escolar os valores humanos, algo já tão esquecido em nosso cotidiano. Eles serviriam como um antídoto contra as discriminações e preconceitos de uma sociedade cada vez mais individualista, egoísta e excludente (ARAÚJO; NUNES, 2010).

Os mesmos autores acreditam que a primeira medida a ser adotada para se intervir, combater e prevenir a violência e a discriminação na escola é conscientizar pais e educadores para ensinar às crianças o cultivo do respeito ao próximo, da tolerância com o diferente, ensinando, ainda, que “ser diferente” não é sinônimo de ser inferior. O diálogo constante dos professores com os alunos também se torna de extrema relevância no enfrentamento e na erradicação da violência escolar.

Como estratégias de enfrentamento ao *bullying*, Araújo e Nunes (2010) dizem que devem ser apresentadas aos alunos as teorias mais comuns sobre o *bullying* praticado em sala de aula, tais como: preconceito, racismo e discriminação. A informação se torna, então, o primeiro passo para o combate à violência e ao silenciamento da vítima. O professor poderá, também, sugerir leituras e textos atuais de fatos cotidianos que auxiliem o rompimento dos preconceitos e que envolvam a sala de aula e o ambiente escolar. A prática de leitura em sala de aula com textos que tenham como foco a promoção da amizade, companheirismo e a inclusão é outra opção para professores que pretendem promover a



interação da classe assim como jogos lúdicos e apresentação de peças teatrais poderão diminuir a incidência de violência ao diferente. Somente a partir de práticas educativas que cultivem a solidariedade e a boa convivência com o outro é que poderemos pensar em uma escola em que os alunos poderão conviver e aprender pacificamente com seus pares. Segundo Lopes Neto:

A inexistência de políticas públicas que indiquem a necessidade de priorização das ações de prevenção ao bullying nas escolas, objetivando a garantia da saúde e da qualidade da educação, significa que inúmeras crianças e adolescentes estão expostos ao risco de sofrerem abusos regulares de seus pares. Além disso, aqueles mais agressivos não estão recebendo o apoio necessário para removê-los de caminhos que possam vir a causar danos por toda a vida. (2005, p. 170).

À medida que alunos, professores e funcionários conseguem manter vínculos concretos de afetividade e respeito, a escola se torna um local agradável e convidativo para práticas educativas, políticas e culturais. Mas, se, por outro lado, esta afetividade não existe entre os sujeitos, a escola, com certeza, se tornará um lugar indesejado para se conviver, repleto de violência e conflitos que prejudicam o desempenho intelectual e o equilíbrio emocional não só dos alunos, mas de todos os que convivem na escola (ARAÚJO; NUNES, 2010).

Combater o *bullying* na escola refletirá diretamente na sociedade e nos sujeitos que nela vivem (professores, alunos, funcionários, juntamente com a família) melhorando a convivência entre os pares, fazendo da escola um espaço

crucial para a defesa dos direitos humanos (ARAÚJO; NUNES, 2010).

Diante da constatação da violência na escola ou da escola, vale enfatizar a importância de uma prática pautada no diálogo que deve ter como pilares a escuta, o envolvimento dos protagonistas, incluindo a família e a comunidade. Esta é uma trilha a ser percorrida na transformação desses ambientes adversos em espaços de construção de uma cultura da paz, da solidariedade, do respeito recíproco e do resgate da autoestima e da cidadania (VIEIRA *et al.*, 2010).

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo evidencia que a maioria dos educadores possuem conhecimento sobre o fenômeno, compreendem suas consequências e sabem identificar os envolvidos. Entretanto, o que se detectou foi a carência de capacitação destes profissionais para a intervenção e o encaminhamento adequado dos casos.

Para os educadores, o combate ao *bullying* perpassa, inicialmente, pela preparação dos professores para lidar com o fenômeno, pelo fortalecimento da relação família-escola e pelo desenvolvimento de projetos centrados em valores fundamentais de respeito, solidariedade e amor.

Assim, o debate sobre o *bullying* e suas formas de intervenção, uma vez presente nos espaços formativos, tanto na formação inicial do docente quanto na continuada, pode contribuir, enfim, para que se construa outro tipo de sociabilidade no espaço escolar, pautado por valores de solidariedade e de convivência respeitosa com as diferenças.

Diante das limitações, este estudo não esgota as discussões sobre o *bullying* e sim contribui para fornecer visibilidade ao fenômeno no meio acadêmico e escolar, bem como auxiliar no planejamento de intervenções que se voltem para o enfrentamento do *bullying*. Destaca-se que, para a elaboração de tais medidas, torna-se necessário ampliar as discussões sobre o fenômeno, envolvendo pais, alunos, professores e funcionários, a fim de que a participação de todos possa contribuir, de forma efetiva, com medidas que visem à prevenção e ao combate ao *bullying* entre estudantes.

## 5. REFERÊNCIAS

ABRAMOVAY, M. (Org.). **Escola e violência**. Brasília: UNESCO Brasil, 2002.

ARAÚJO, I. A.; NUNES, S. C. Possibilidades de intervenção e combate ao fenômeno “bullying escolar”. **Rev. Católica**, Uberlândia, v. 2, n. 3, p. 391-398, 2010.

AZAMBUJA, M. P. R; NOGUEIRA, C. Introdução à violência contra as mulheres como um problema de direitos humanos e de saúde pública. **Saude Soc.**, v. 17, n. 3, p. 101-112, 2008.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: 70, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde na Escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Textos Básicos de Saúde. Cadernos de Atenção nº 24.

BRASIL. **Portaria GM/MS, 1968, 2001**. Dispõe sobre a obrigatoriedade de notificação de suspeita ou confirmação de maus tratos cometidos contra crianças e adolescentes aos conselhos tutelares. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CAMACHO, L. M. Y. As sutilezas das faces da violência nas práticas escolares de adolescentes. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 123-140, 2001.

CÉZAR, N. Bullying escolar: um estudo do fenômeno na relação professor/educando. In: CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO EDUCERE, IX; ENCONTRO SUL BRASILEIRO DE PSICOPEDAGOGIA, III. **Anais...** PUCPR, Curitiba, 2009. Disponível em: [http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2009/anais/pdf/2641\\_1549.pdf](http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2009/anais/pdf/2641_1549.pdf).

CORDEIRO, C. *et al.* Bullying: a indisciplina velada. In: ORDEM DOS ENFERMEIROS. SEÇÃO REGIONAL DOS AÇORES. **Artigos Publicados na Imprensa Regional** [online], 30 maio 2010. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoresh/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/BullyingaIndisciplinaVelada.aspx>. Acesso em: 15 jun. 2015.

COSTA, R. **O que é bullying?** 2009. Disponível em <<http://revistaescola.abril.com.br/crianca-eadolescente/comportamento/bullying-escola-494973.shtml>>. Acesso em: 15 jun. 2015.

CRAIG, K.; BELL, D.; LESCHIED, A. Pre-service teachers' knowledge and attitudes regarding school-based bullying. **Can J Educ.** v. 34, n. 2, p. 21-33, 2011.

FANTE, C. A. Z. **Fenômeno bullying:** como prevenir a violência nas escolas e educar para a paz. Campinas: Verus, 2005.

FANTE, C.; PEDRA, J. A. **Bullying escolar:** perguntas e respostas. Porto Alegre: Artmed, 2008.

HEKTNER, J. M.; SWENSON, C. A. Links from teacher beliefs to peer victimization and bystander intervention tests of mediating processes. **J Early Adolesc.**, v. 32, n. 4, p. 516-536, 2011.

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

LEME, M. I. S. A gestão da violência escolar. **Rev Diálogo. Educ.**, v. 9, n. 28, p. 541-555, 2009.

LICCIARDI, L. M. S. *et al.* Conflito entre pares: percepção de professores e alunos de 5º ano. **Rev. Múltiplas Leituras**, v. 4, n. 2, p. 69-84, 2011.

LOPES NETO, A. A. Bullying: comportamento agressivo entre estudantes. **Jornal de Pediatria**, v. 81, n. 5 (supl), 2005. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecultura/encontros/Bullying.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2015.

LOPES NETO, A. A. **Bullying**: saber identificar e como prevenir. São Paulo: Brasiliense, 2011.

LOPES NETO, A. A.; SAAVEDRA, L. H. **Diga NÃO para o Bullying**. Rio de Janeiro: ABRÁPIA, 2004.

LOPES NETO, A. A.; SAAVEDRA, L. H. **Diga não ao Bullying**: programa de redução do comportamento agressivo entre estudantes. 2. ed. Passo Fundo: Battistel, 2008.

MARRIEL, L. C. *et al.* Violência escolar e auto-estima de adolescentes. **Cad. Pesqui.**, v. 36, n. 127, apr. 2006.

MASCARENHAS, M. D. M. *et al.* Perfil epidemiológico dos atendimentos de emergência por violência no Sistema de Serviços Sentinelas de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) – Brasil, 2006. **Epidemiol Serv Saúde.**, v. 18, n. 1, p. 17-28, 2009.

MATOS, M. G.; GONCALVES, S. M. P. Bullying nas escolas: comportamentos e percepções. **Psic., Saúde & Doenças.**, v. 10, n. 1, p. 3-15, 2009.

MENDES, C. S. Preventing school violence: an evaluation of an intervention program. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 3, p. 581-588, 2011.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. **Avaliação do processo de implantação e implementação do Programa de Redução de morbimortalidade por acidentes de trânsito**: municípios de Recife, Belo Horizonte, Goiânia, São Paulo e Curitiba. Relatório final da pesquisa. Rio de Janeiro: Claves, 2006.

MOURA, D. R.; CRUZ, A. C. N.; QUEVEDO, L. A. Prevalência e características de escolares vítimas de bullying. **J. Pediatr. (Rio J.)**, v. 87, n. 1, p. 19-23, 2011.

OLIBONI, S. P. **O bullying como violência velada**: a percepção e ação dos professores. 2008. Dissertação (Mestrado em Educação Ambiental) – Fundação Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Rio Grande, 2008.

OLWEUS, D. **Aggression in the schools**: bullies and whipping boys. Washington: Hemisphere, 1978.

OLWEUS, D. Bullying at school: tackling the problem. **Observer**, v. 225, p. 24-26, 2001.

OLWEUS, D. **Bullying at school**: what we know and what we can do. Oxford: Blackwell Publishers, 1993.

PEREIRA, M. A. **Violência nas escolas**: visão de professores do Ensino Fundamental sobre esta questão. 2003. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

PRIOTTO, E. P.; BONETI, L. W. Violência escolar: na escola, da escola e contra a escola. **Rev. Diálogo Educ.**, Curitiba, v. 9, n. 26, p. 161-179, 2009.

SANTOS, F. P. A. *et al.* Estratégias de enfrentamento dos dilemas bioéticos gerados pela violência na escola. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 267-281, 2011.

SILVA, A. B. B. **Bullying**: mentes perigosas nas escolas. Rio de Janeiro: Objetiva, 2010.

SILVA, E. N.; ROSA, E. C. S. Professores sabem o que é bullying?: um tema para a formação docente. **Psicol. Esc. Educ.**, Maringá, v. 17, n. 2, p. 329-338, 2013. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php>>.

SILVA, M. A. I. *et al.* O olhar de professores sobre o bullying e implicações para a atuação da enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 723-730, 2014. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php>>.

STEPHAN, F. *et al.* Bullying e aspectos psicossociais: estudo bibliométrico. **Temas Psicol.**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 1, p. 245-258, 2013.

VIEIRA, L. J. E. *et al.* Violência na escola pública: relatos de professores. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**, Fortaleza, v. 23, n. 1, p. 34-42, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Inequalities young people's health**: key findings from the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2005/2006 survey fact sheet. Copenhagen: World Health Organization, 2008.

## POSFÁCIO

Esta obra é resultante de um esforço cearense na produção dos saberes que irão proporcionar conhecimentos em matéria de políticas, controle social e estratégias na área de Saúde Coletiva.

O Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva – PPSAC da Universidade Estadual do Ceará – UECE fomenta o conhecimento neste panorama. A coordenação de aperfeiçoamento de pessoal de nível superior (CAPES), o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), a Fundação de Amparo à Pesquisa (FUNCAP) e a Editora da Universidade Estado do Ceará (Ed-UECE) são colaboradores na produção desta competência.

Nos seus múltiplos capítulos, este livro explora a história do controle social, políticas públicas de saúde, alimentação, doenças infecto-contagiosas e *bullying*. Reunindo em seus capítulos conteúdo de alunos egressos e professores do PPSAC, esta construção foi elaborada para contribuir com a formação de profissionais de saúde, gestores, epidemiologistas, professores, pesquisadores, políticos e estudantes. Esperamos que tenham desfrutado de uma excelente leitura.

**Cybelle Façanha Barreto Medeiros Linard**

*Farmacêutica Bioquímica.*

*Pós-doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará.*



## AUTORES ORGANIZADORES

### **Daniele Tavares Alves**

Psicóloga. Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Membro do grupo de pesquisa Saúde e Trabalho. Formação em Supervisão Clínico Institucional pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE). Formação em Arte nas práticas de Atenção Psicossocial pelo Instituto Aquilae em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. Psicóloga na Rede de Atenção Psicossocial-RAPS de Fortaleza. Psicoterapeuta. Arteterapeuta. Foi preceptora da Residência Integrada em Saúde -RIS/ESP-CE. Atua como facilitadora na formação em Arteterapia no Instituto Aquilae. E-mail: danitavaresalves@hotmail.com

### **Maria Marlene Marques Ávila**

Nutricionista. Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Pós-doutorado em Promoção da Saúde pela Universidade de São Paulo. Professora Associada da Universidade Estadual do Ceará. Docente do Curso de Graduação em Nutrição, do Mestrado Acadêmico em Nutrição e Saúde e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UECE. E-mail: marlene.avila@uece.br

### **Vanessa Calixto Veras Sanca**

Assistente Social. Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Membro do grupo de pesquisa Políticas de Seguridade Social, Movimentos Sociais e Trabalho do Serviço Social. Especialização em Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Especialização em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). E-mail: vanessacveras@hotmail.com

## AUTORES / COLABORADORES

### **Aline Mayra Lopes Silva**

Enfermeira pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Especialista em Oncologia pela Faculdade Farias Brito. Discente do Mestrado em Saúde Coletiva pela UECE.

### **Ana Carla Carvalho de Sousa**

Acadêmica de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (UECE), cursando o 9º semestre. Integrante do Grupo de Pesquisa do CNPq – Cuidados à Criança e ao Adolescente (GEPC-CA). Ex-Monitora de Patologia Geral no Curso de Graduação em Enfermagem. Aprovada na prova objetiva do concurso público da Prefeitura de Pentecoste para o cargo de Enfermeira Plantonista, no ano de 2014.

### **Andrea Caprara**

Médico. Phd em Antropologia Médica na Universidade de Montreal. Docente do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Mestrado e Doutorado), UECE.

### **Antônio Augusto Ferreira Carioca**

Nutricionista. Doutorando em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

### **Berenice Temoteo da Silva**

Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Discente do Programa de Saúde Pública (Doutorado) do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA).

**Carlos Garcia Filho**

Médico Sanitarista. Doutorando em Saúde Coletiva pela UECE. Secretário de Políticas Públicas do Município de Iguatu. Coordenador do Programa de Residência Médica em Psiquiatria da ESPI/ESP-CE. Integrante do Grupo de Pesquisa Vida e Trabalho.

**Cícera Beatriz Baratta Pinheiro**

Enfermeira. Mestra em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Docente do Curso Técnico em Enfermagem do Instituto Centro de Ensino Tecnológico do Ceará (CENTEC) no Ensino Médio Integrado da Escola Estadual de Ensino Profissional Governador Virgílio Távora. Docente nos cursos de Educação Física, Administração e Recursos Humanos no Instituto Dom José de Educação e Cultura (IDJ Cariri) e nas especializações da Faculdade de Tecnologia Darcy Ribeiro/Instituto Dom José de Educação e Cultura e da Faculdade Integrada de Patos (FIP).

**Daianne Cristina Rocha**

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

**Edina Silva Costa**

Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Especialista em Enfermagem Obstétrica pela Faculdade Santa Maria (FSM). E-mail: edinacosta01@hotmail.com

**Edney Taunay Santos do Nascimento**

Médico Veterinário. Especialista em Saúde Pública (UECE). Mestre em Saúde Coletiva (UECE). E-mail: edneytaunay@hotmail.com

**Elzo Pereira Pinto Junior**

Fisioterapeuta. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará. Doutorando em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA).

**Fabiana Sales Vitoriano Uchoa**

Enfermeira. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Coordenadora de DST/Aids e Hepatites Virais de Fortaleza. Servidora do Hospital de Doenças Infecciosas São José. Conselheira Municipal de Saúde, Fortaleza.

**Francisco Trindade Silva**

Educador físico pela Universidade de Fortaleza. Mestre em Saúde Pública pela UECE. Discente do Doutorado em Saúde Coletiva pela UECE. Especialista em Ciência do Treinamento Desportivo. Docente do Centro Universitário Estácio do Ceará no Curso de Educação Física.

**Helena Alves de Carvalho Sampaio**

Nutricionista. Doutora em Farmacologia pela UFC. Professora Emérita da Universidade Estadual do Ceará. Pesquisadora do CNPq.

**Ilvana Lima Verde Gomes**

Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva. Docente da UECE no Curso de Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva e Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente. Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral de Fortaleza.

**Jacirene Gonçalves Lima Franco**

Assistente Social. Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente pela UECE. Preceptora da Residência Integrada em Saúde da ESP-CE, em Iguatu.

**José Jackson Coelho Sampaio**

Médico Psiquiatra. Doutorado em Medicina Preventiva pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Professor Titular em Saúde Pública da UECE. Docente do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UECE. Líder do Grupo de Pesquisa Vida e Trabalho.

**José Wellington de Oliveira Lima**

Professor Adjunto do Departamento de Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará. Médico. Doutor em *Tropical Public Health*, Universidade de Harvard, Estados Unidos.

**Juliana Sampaio Batista**

Nutricionista com graduação e mestrado em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará. Professora do Curso de Nutrição do Centro Universitário Estácio FIC, supervisionando o estágio curricular em Nutrição e Saúde Pública (centros de saúde) e ministrando as disciplinas de educação nutricional e técnica dietética. Atua ainda como fiscal municipal da vigilância sanitária (servidora pública).

**Juliana Pessoa Costa**

Terapeuta Ocupacional da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Especialista em Saúde Mental. Mestre em Saúde Coletiva-UECE. Professora da Plus-Faculdade Darcy Ribeiro.

**Karine Lima Verde Pessoa**

Psicóloga. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE).

**Lucia Conde de Oliveira**

Assistente Social. Pós-Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Do-

cente do Curso de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado e Doutorado da Universidade Estadual do Ceará (UECE). E-mail: conde.lucia@gmail.com

### **Luiza Luana de Araújo Lira Bezerra**

Enfermeira. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará. Professora do Curso de Enfermagem da Faculdade Integrada da Grande Fortaleza. Coordenadora do Núcleo de Aperfeiçoamento dos Profissionais de Enfermagem do Conselho Regional de Enfermagem do Ceará.

### **Marcelo Gurgel Carlos da Silva**

Médico. Economista. Pós-Doutorado em Economia da Saúde Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UECE). Professor Titular da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

### **Maria Homéria Leite de Moraes Sampaio**

Fisioterapeuta. Mestre em Saúde Coletiva – Universidade Estadual do Ceará (UECE). E-mail: mariahomeria21@hotmail.com

### **Maria Luísa Pereira de Melo**

Nutricionista. Mestre em Ciência e Tecnologia de Alimentos pela Universidade Federal do Ceará e Doutora em Farmacologia pela Universidade Federal do Ceará. É professora adjunta da Universidade Estadual do Ceará. Participa do grupo de pesquisa Nutrição e Doenças Crônico-Degenerativas, com maior enfoque em câncer, doenças cardiovasculares e doenças neurológicas. É nutricionista do Hospital Geral de Fortaleza (HGF), atuando na Unidade de Terapia Intensiva, no Centro de Atendimento aos Portadores de Esclerose Múltipla e no Comitê de Ética e Pesquisa.

### **Maria Marlene Marques Ávila**

Nutricionista. Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Pós-

doutorado em Promoção da Saúde pela Universidade de São Paulo. Professora Associada da Universidade Estadual do Ceará. Docente do Curso de Graduação em Nutrição, do Mestrado Acadêmico em Nutrição e Saúde e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UECE. E.mail: marlene.avila@uece.br

### **Maria Salete Bessa Jorge**

Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica pela Universidade de São Paulo (1992). Doutorado em Enfermagem na Universidade de São Paulo (1997). Atualmente, é professora titular da Universidade Estadual do Ceará. Pesquisadora bolsista produtividade CNPq 1B. Pós-doutorado em Saúde Coletiva/UNICAMP. Universidade Estadual do Ceará e coordenadora do laboratório interdisciplinar da Universidade Estadual do Ceará. Líder do Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família e Práticas de Saúde e Enfermagem do CNPq. Coordenadora PPSAC.

### **Nádia Nogueira Gomes**

Fisioterapeuta. Especialista em Gestão em Saúde (UECE). Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Acadêmica de Medicina pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). E-mail: nadiangomes@hotmail.com

### **Nara de Andrade Parente**

Nutricionista. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará. Docente do curso de Nutrição da Universidade de Fortaleza.

### **Sabrina Dantas Sabry**

Fisioterapeuta. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Doutoranda em Saúde Coletiva pela Associação Ampla UECE/UFC/UNIFOR, com período sanduíche no ISC/UFBA. Membro do Grupo de Pesquisa Nutrição e Doen-

ças Crônico-Degenerativas e do Laboratório Nutrindo. Preceptora do Projeto de Fisioterapia na Saúde da Mulher (PROFISM) da UFC no ambulatório da Maternidade Escola (MEAC).

### **Sarah Vieira Figueiredo**

Enfermeira pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Mestre em Saúde Coletiva pela UECE. Discente do Doutorado em Saúde Coletiva na UECE. Enfermeira assistencial no Hospital Geral Dr. Waldemar Alcântara.

### **Sílvia Morgana Araújo de Oliveira**

Cirurgiã-Dentista. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Especialista em Odontologia do Trabalho pela Universidade São Leopoldo Mandic. Especialista em Gestão de Serviços de Saúde pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE).

### **Soraia Pinheiro Machado Arruda**

Nutricionista. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Maranhão. Professora Adjunta da Universidade Estadual do Ceará. Docente do Mestrado em Saúde Coletiva.

### **Tatiana Uchôa Passos**

Nutricionista. Mestre em Saúde Pública. Doutoranda em Saúde Coletiva.

### **Thereza Maria Magalhães Moreira**

Enfermeira. 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). Adjunto da Universidade Estadual 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 e Enfermagem (GRUPECCE-CNPq). Consultora de vários periódicos.

**Vagner Rodrigues Silva Junior**

Enfermeiro. Especialista em Auditoria em Saúde. Mestre em Saúde Coletiva. Ex-bolsista de Iniciação Científica IC/UECE. Ex-bolsista FUNCAP-Mestrado. Ex-Professor/Supervisor/Orientador de Estágio do Curso Técnico de Enfermagem do Ensino Médio Integrado. Atualmente, é professor do Centro Universitário Estácio do Ceará na unidade Vias Corpvs – PRONATEC e Membro do Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidades e Enfermagem (UECE/CNPq).