

Ana Valeska Siebra e Silva  
Edina Silva Costa  
Sílvia Morgana Araújo de Oliveira  
(organizadores)

# SABERES E PRÁTICAS EM SAÚDE COLETIVA

Diversidades Teóricas e Metodológicas  
na Produção do Conhecimento



## **Universidade Estadual do Ceará**

### **Reitor**

José Jackson Coelho Sampaio

### **Vice-Reitor**

Hidelbrando dos Santos Soares

### **Editora da UECE**

Erasmus Miessa Ruiz

### **Conselho Editorial**

Antonio Luciano Pontes

Eduardo Diatahy Bezerra de Menezes

Emanuel Angelo da Rocha Fragoso

Francisco Horácio da Silva Frota

Francisco Josênio Camelo Parente

Gisafran Nazareno Mota Jucá

José Ferreira Nunes

Lucili Grangeiro Cortez

Luiz Cruz Lima

Manfredo Ramos

Marcelo Gurgel Carlos da Silva

Marcony Silva Cunha

Maria do Socorro Ferreira Osterne

Maria Salete Bessa Jorge

Silvia Maria Nóbrega Terrien

### **Conselho Consultivo**

Antonio Torres Montenegro (UFPE)

Eliane P.Zamith Brito (FGV)

Homero Santiago (USP)

Ieda ária Alves (USP)

Manoel Domingos Neto (UFF)

Maria Lírida Callou de Araújo Mendonça (UNIFOR)

Maria do Socorro Silva Aragão (UFC)

Pierre Salama (Universidade de Paris)

Romeu Gomes (Fiocruz)

Túlio Batista Franco (UFF)

ORGANIZADORES:  
Ana Valeska Siebra e Silva  
Edina Silva Costa  
Sílvia Morgana Araújo de Oliveira

**SABERES E PRÁTICAS EM SAÚDE COLETIVA:  
Diversidades Teóricas e Metodológicas na Produção do  
Conhecimento**

1ª  
Fortaleza  
2014



**SABERES E PRÁTICAS EM SAÚDE COLETIVA:  
Diversidades Teóricas e Metodológicas na Produção do Conhecimento**  
© 2014 *Copyright* by Ana Valeska Siebra e Silva, Edina Silva Costa e Sílvia Morgana  
Araújo de Oliveira

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

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS

Editora da Universidade Estadual do Ceará – EdUECE  
Av. Dr. Silas Munguba, 1700 – *Campus* do Itaperi – Reitoria – Fortaleza – Ceará  
CEP: 60714-903 – Tel: (085) 3101-9893. FAX: (85) 3101-9893  
Internet: [www.uece.br/eduece](http://www.uece.br/eduece) – E-mail: [eduece@uece.br](mailto:eduece@uece.br)

Editora filiada à



**Coordenação Editorial**

Erasmus Miessa Ruiz

**Revisão**

Vianney Campos de Mesquita

**Projeto Gráfico e Capa**

Juscelino Guilherme

**Bibliotecária**

Francisco Leandro Castro Lopes CRB 3/1103x

S115 Saberes e práticas na saúde coletiva: diversidades teóricas e metodológicas na produção do conhecimento / Organizadores: Ana Valeska Siebra e Silva, Edina Silva Costa e Sílvia Morgana Araújo de Oliveira. - Fortaleza: EdUECE, 2014.

373 p. : il.

ISBN: 978-85-7826-251-8

1. Saúde coletiva. 2. Saúde pública – Ceará. I. Silva, Maria Rocineide Ferreira da. II. Pinto, Francisco José Maia.

CDD: 614

## **AUTORES/ORGANIZADORES**

### **Ana Valeska Siebra e Silva**

Enfermeira; Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – USP; Professora Adjunta da Universidade Estadual do Ceará – UECE; Coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente – UECE; Colaboradora do Programa de Mestrado em Saúde Pública-UECE; Líder do grupo de pesquisa em saúde perinatal, do recém-nascido e da criança- UECE. Coordenadora do Comitê de Ética e Pesquisa de UECE; Enfermeira do Hospital Infantil Albert Sabin

### **Edina Silva Costa**

Enfermeira; Especialista em Enfermagem Obstétrica pela Faculdade de Santa Maria (FSM); Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE).

### **Sílvia Morgana Araújo de Oliveira**

Cirurgiã-Dentista; 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); Especialista em Radiologia Odontológica e Imagiologia pela Escola Cearense de Odontologia; Possui aperfeiçoamento em Gestão de Serviços de Atenção em Saúde Bucal pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE); Membro do Grupo de Pesquisa em Economia da Saúde da Universidade Estadual do Ceará; Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE); Ex-Perita Clínica da Odonto System – Planos Odontológicos; Ex-Auditara Clínica da Hapvida – Planos de Saúde; Ex-Diretora Administrativa-Financeira do Centro de Especialidades Odontológicas Regional de Cascavel-CE.

## AUTORES/COLABORADORES

**Adriana Ponte Carneiro** – *Fisioterapeuta; Mestre em Saúde Pública – UECE.*

**Aline Mayra Lopes Silva** – *Enfermeira; Especialista em Oncologia; Mestranda em Saúde Coletiva - UECE.*

**Aline Coriolano Pinheiro** - *Enfermeira, graduada pela Universidade Estadual do Ceará-UECE; aluna do Curso de especialização em Gestão da Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente - UECE.*

**Álvaro Magalhães Cavalcante Pereira** – *Nutricionista; Mestrando em Nutrição e Saúde – UECE.*

**Álvaro Jorge Madeiro Leite** – *Médico; Professor Titular da Universidade Federal do Ceará – UFC. Doutor em Pediatria – UNIFESP.*

**Amanda Pereira Ferreira** – *Enfermeira; Especialista em Docência do Ensino Superior e Mestre em Saúde Coletiva - UECE.*

**Ana Camila Moura Rodrigues** - *Enfermeira, graduada pela Universidade Estadual do Ceará-UECE; aluna do Curso de especialização em Gestão da Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente - UECE.*

**Ana Celina Nojoza** – *Enfermeira; Mestre em Saúde Pública - UECE.*

**Ana Valeska Siebra e Silva** - *Enfermeira. Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – USP. Professora Adjunta da Universidade Estadual do Ceará – UECE. Coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente – UECE.*

**Annatália Meneses de Amorim Gomes** - *Doutora. Professora colaboradora do Departamento de Saúde Pública – UECE. Vice*

*Coordenadora do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – UECE/FIOCRUZ.*

**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 Nutrição e Saúde Pública da USP.

**Breitner Gomes Chaves** – Médico; Mestre em Saúde Coletiva - UECE.

**Carlos Garcia Filho** – Médico; Mestre e Doutorando em Saúde Coletiva - UECE.

**Camila Brasileiro de Araújo Silva** – Graduanda em Educação Física - UECE.

**Claúdia Maria França Mazzei Nogueira** – Assistente Social; Mestre, Doutora e Pós-Doutora em Serviço Social pela PUC / SP; Docente do Curso de Serviço Social - UNIFESP-BS.

**Cristiana Ferreira da Silva** – Enfermeira da Secretaria de Saúde do Município, Doutora em Saúde Coletiva em Associação Ampla UECE/UFC/UNIFOR, Professora da Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza – FAMETRO.

**Cyntia Monteiro Vasconcelos Motta** – Fisioterapeuta; Mestre em Saúde Coletiva – UECE.

**Diana Jiménez Rodríguez** – Enfermeira; Antropóloga; Doutora; Docente da Universidade Católica San Antonio de Murcia - Espanha.

**Déborá Cardoso Ferreira da Ponte** – Cirurgiã-Dentista; Especialista em Ortodontia da ABO/CE e em Saúde da Família - UECE; Mestranda em Saúde Coletiva - UECE.

**Danielly Maia de Queiroz** – Enfermeira; Egressa da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade; Mestranda em Saúde Coletiva - UECE.

**Edina Silva Costa** – *Enfermeira; Mestra em Saúde Coletiva - UECE.*

**Emília Cristina Carvalho Rocha Caminha** - *Enfermeira graduada pela Universidade Estadual do Ceará- UECE, discente do programa de mestrado em Saúde Coletiva da UECE.*

**Elzo Pereira Pinto Júnior** – *Fisioterapeuta; Mestrando em Saúde Coletiva - UECE.*

**Erasmus Miessa Ruiz** – *Psicólogo, Mestre em Educação (UFSCar); Doutor em Educação (UFC), Professor Adjunto da Universidade Estadual do Ceará (UECE), Consultor da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde, Docente do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da UECE.*

**Frederico Emmanuel Leitão Araújo** – *Médico; Residência médica pelo Hospital de Saúde Mental de Messejana; Aperfeiçoamento em Terapia Familiar Sistêmica e Comunitária; Mestre em Saúde Pública - UECE.*

**Fabiana Silveira Copês** – *Nutricionista; Mestra em Medicina Ciências da Saúde da PUC.*

**Francisca Aurenília Esmeraldo Nogueira** – *Médica Pediatra do Hospital Infantil Albert Sabin. Mestra em Saúde da Criança e do Adolescente - UECE.*

**Francisco Rodrigo de Castro Braga** – *Enfermeiro; Especialista em Terapia Intensiva - UECE; Membro do Núcleo de Educação em Urgência do Serviço de atendimento Móvel de Urgência (SAMU-Polo Litoral Leste).*

**Francisco José Maia Pinto** – *Pós Doutor em Saúde Coletiva da USP; Docente do Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública - UECE.*

**Helena Alves de Carvalho Sampaio** – *Nutricionista; Doutora em Farmacologia; Professora Emérita da Universidade Estadual do Ceará (UECE); Docente do Doutorado em Saúde Coletiva em Associação Ampla UECE/UFC/UNIFOR e do Mestrado Acadê-*



*mico em Saúde Coletiva (UECE); Pesquisadora do CNPq; Líder dos Grupos de Pesquisa Nutrição e Doenças Crônico-Degenerativas e Nutrição Materno-Infantil (UECE).*

**Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão** - Enfermeira, Doutoranda, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva- Associação ampla-UEC, UFC, UNIFOR; Mestre em Saúde Pública, Professora Assistente do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza-CE, Brasil.

**Ilvana Lima Verde Gomes** – Enfermeira; Doutora em Saúde Coletiva; Docente da Universidade Estadual do Ceará no Mestrado de Saúde Pública e Mestrado profissional em Saúde da Criança e do Adolescente; Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral de Fortaleza.

**Isabella Barbosa Pereira Carneiro** – Nutricionista; Mestre em Saúde Coletiva - UECE.

**Ítala Thaise de Aguiar Holanda** – Enfermeira; Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - UECE, Bolsista CAPES.

**Jamine Borges de Moraes** - Enfermeira, Mestranda em Saúde Coletiva UECE.

**Jeanine Maria Sobral Nunes** – Psicóloga; Especialista em Saúde Mental e Gestão Empresarial; Mestranda em Saúde Coletiva - UECE.

**Joana Mary Soares Nobre** – Fisioterapeuta; Mestre em Saúde Pública - UECE; Docente do Curso de Fisioterapia da FIC.

**José Maria Ximenes Guimarães** – Enfermeiro Sanitarista. Mestre em Saúde Pública e doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Consultor da Política Nacional de Humanização, Ministério da Saúde, no período 2011-2015. Professor do Mestrado Profissional Ensino na Saúde da UECE. Gestor da Coordenadoria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde da Secretaria de Estado da Saúde do Ceará.

**José Pereira Maia Neto** – *Psicólogo; Especialista em Saúde do Idoso - UECE; Mestrando em Saúde Coletiva - UECE; Bolsista CAPES.*

**José Jackson Coelho Sampaio** – *Médico Psiquiatra; Doutor em Medicina - Docente do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva - UECE.*

**José Ueleris Braga** – *Médico; Pós-Doutor em Epidemiologia -UERJ.Professor da Universidade Estadual do Rio de Janeiro - UERJ.*

**Juliana Pessoa Costa** - *Terapeuta Ocupacional; Mestranda em Saúde Coletiva da UECE; Bolsista CAPES.*

**Leandro Araújo Carvalho** - *Educador Físico; Mestre em Saúde Coletiva - UECE.*

**Leilson Lira de Lima** – *Enfermeiro, Mestre em Saúde Pública - UECE.*

**Lourdes Suelen Pontes Costa** – *Enfermeira, Mestranda em Saúde Coletiva UECE.*

**Maria Marlene Marques Ávila** – *Nutricionista; Pós-Doutora em Saúde Coletiva pela USP, Doutora em Saúde Coletiva pela UERJ, Mestra em Saúde Pública da UECE. Docente Associada do Curso de Nutrição; professora colaboradora do Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva, professora permanente do Mestrado Acadêmico em Nutrição e Saúde - UECE.*

**Maria Salete Bessa Jorge** – *Enfermeira; Doutora em Enfermagem pela EERP/USP; Pós-doutora em Saúde Coletiva pela UNICAMP; Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - UECE; Pesquisadora 1B CNPQ.*

**Maria Janaina Norões de Sousa** – *Enfermeira; Mestra em Saúde Coletiva - UECE.*

**Maria Veraci Oliveira Queiróz** – *Enfermeira; Doutora em Enfermagem – UFC, Professora Adjunta da Universidade Estadual*

do Ceará. Pesquisadora do CNPq, Professora do Programa de Mestrado e Doutorado de Cuidados Clínicos UECE, Professora do Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente.

**Marina Coutinho de Carvalho Pereira** – Assistente Social; Mestre em Serviço Social da UFSC e Doutoranda em Ciências da Saúde da UNIFESP-BS.

**Marcelo Gurgel Carlos da Silva** – Médico; Economista; Pós-Doutor em Economia da Saúde; Professor Titular da Universidade Estadual do Ceará - UECE.

**Nádia Maria Girão Saraiva de Almeida** – Médica; Doutora em Saúde Pública - USP.

**Nádia Nogueira Gomes** – Fisioterapeuta; Especialista em Gestão em Saúde da UECE; Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará da UECE; Graduanda em Medicina da UNIFOR.

**Nágila Raquel Teixeira Damasceno** – Nutricionista; Livre-Docente do Departamento de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública da USP.

**Nara de Andrade Parente** – Nutricionista; Mestranda em Saúde Coletiva e Membro dos Grupos de Pesquisa Nutrição e Doenças Crônico-Degenerativas e Nutrição Materno-Infantil - UECE.

**Rafaela Pessoa Santana** – Fisioterapeuta; Mestre em Saúde Coletiva – UECE.

**Ranniere Gurgel Furtado de Aquino** – Fisioterapeuta; Especialista em Ciências Morfológicas da UFRN; Mestrando em Cirurgia da UFC; Graduando em Medicina da UNIFOR.

**Rejane Maria Carvalho de Oliveira** – Enfermeira. Professora da Universidade de Fortaleza – UNIFOR, Doutoranda em Saúde Pública UECE, Enfermeira do Hospital Infantil Albert Sabin.

**Ruana Alvarez Fontenele** - Acadêmica do curso de Medicina da Universidade Estadual do Ceará – UECE.

**Roberta Meneses Oliveira** - *Enfermeira, Doutoranda, Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Professora substituta do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza-CE, Brasil.*

**Sarah Vieira Figueiredo** – *Enfermeira; Mestranda em Saúde Coletiva - UECE; Enfermeira Assistencial do Hospital Geral Dr. Waldemar Alcântara.*

**Samuel Miranda Mattos** – *Graduando em Educação Física da UECE.*

**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).*

**Sonia Samara Fonseca de Moraes** – *Enfermeira; Mestranda em Saúde Coletiva –UECE.*

**Tatiana Maria Ribeiro Silva- Psicóloga.** *Mestranda em Saúde Coletiva - UECE.*

**Thereza Maria Magalhães Moreira** – *Enfermeira; Doutora em Enfermagem pela UFC e Pós-Doutora em Saúde Pública pela USP; Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e do Programa de Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela UECE; Pesquisadora do CNPq.*

**Thays Bezerra Brasil** – *Enfermeira. Mestranda em Saúde Coletiva- UECE.*

**Tiago Moraes Guimarães** – *Médico Psiquiatra.*

**Yandara Alice Ximenes Bueno de Carvalho** – *Enfermeira; Especialista em Saúde Pública; Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente - UECE.*

# SUMÁRIO

Prefácio .....	17
Introdução .....	22

## Capítulo 1

Modelo da Gestão Indireta em Saúde: Análise dos Consórcios Públicos do Ceará. ....	24
<i>Sílvia Morgana Araújo de Oliveira / Breitner Gomes Chaves / Elzo Pereira Pinto Júnior / Marcelo Gurgel Carlos da Silva</i>	

## Capítulo 2

Financiamento da Saúde no Brasil e os Desafios para a Saúde Coletiva.....	36
<i>Elzo Pereira Pinto Junior / Thays Bezerra Brasil / Sílvia Morgana Araújo de Oliveira / Lillian de Queiroz Costa / Lúcia Conde de Oliveira / Marcelo Gurgel Carlos da Silva</i>	

## Capítulo 3

Retrospectiva das Epidemias de Dengue no Brasil: Investigação do Perfil.....	56
<i>Joana Mary Soares Nobre / Sílvia Morgana Araújo de Oliveira / Francisco José Maia Pinto / Marcelo Gurgel Carlos da Silva / Andrea Caprara</i>	

## Capítulo 4

Produção Excessiva e Descarte dos Resíduos Sólidos: Desafio na Elaboração de uma Nova Política de Controle da Dengue.....	75
<i>Cyntia Monteiro Vasconcelos Motta / Andrea Caprara / Ruana Alvarez Fontenele / Adriana Ponte Carneiro / Rafaela Pessoa Santana / Annatália Meneses de Amorim Gomes</i>	

## **Capítulo 5**

O Desafio de Formar Para o SUS: Análise da Formação em Saúde de Uma Universidade Pública do Ceará.....93

*Nádia Nogueira Gomes / Marlene Marques Ávila / Ranniere Gurgel Furtado de Aquino / Danielly Maia de Queiroz / Álvaro Magalhães Cavalcante Pereira*

## **Capítulo 6**

Humanização da Atenção à Saúde na Prática Hospitalar Terciária: O Caso Hospital Geral de Fortaleza - HGF.....108

*José Jackson Coelho Sampaio / Carlos Garcia Filho / José Maria Ximenes Guimarães / Frederico Emmanuel Leitão Araújo / Tiago Moraes Guimarães / Jeanine Maria Sobral Nunes*

## **Capítulo 7**

O Serviço de Reabilitação Profissional Previdenciário Como Resposta Estatal ao Processo de Saúde-Doença:

Desafios e Perspectivas .....129

*Marina Coutinho de Carvalho Pereira / Claudia Maria França Mazzei Nogueira*

## **Capítulo 8**

Gestão do Cuidado em Saúde Mental: Potencialidades e Desafios da Humanização da Atenção.....150

*José Pereira Maia Neto / Débora Cardoso Ferreira da Ponte / Erasmo Miessa Ruiz / Emília Cristina Carvalho Rocha Caminha / Juliana Pessoa Costa / Patrícia Azevedo de Castro Aragão / Maria Salete Bessa Jorge*

## **Capítulo 9**

Apoio Matricial Como Estratégia Para o Cuidado Integral em Saúde Mental: Concepções, Saberes e Práticas .....170

*Juliana Pessoa Costa / Emília Cristina Carvalho Rocha Caminha / Débora Cardoso Ferreira da Ponte / Erasmo Miessa Ruiz / José Pereira Maia Neto / Gisele Caroline Ponte de Macêdo / Maria Salete Bessa Jorge*

## **Capítulo 10**

A Contextualização Micro-Histórica da Casa de Saúde e Hospital Psiquiátrico Santa Tereza de Jesus: Um Esforço para Compreensão dos Avanços e Lacunas da Reforma Psiquiátrica Brasileira.....189

*Maria Janaina Norões de Sousa / José Jackson Coelho Sampaio / José Maria Ximenes Guimarães / Carlos Garcia Filho / Jeanine Maria Sobral Nunes*

## **Capítulo 11**

Estilo de Vida de Adultos Jovens do Curso de Educação Física.....209

*Amanda Pereira Ferreira / Thereza Maria Magalhães Moreira / Camila Brasileiro de Araújo Silva / Edina Silva Costa / Leandro Araújo Carvalho / Samuel Miranda Mattos*

## **Capítulo 12**

Principais Acidentes Ocorridos na Infância em Creches

Municipais e os Atores Envolvidos nos Primeiros Socorros .....222

*Yandara Alice Ximenes Bueno de Carvalho / Francisco Rodrigo de Castro Braga / Ilvana Lima Verde Gomes / Sarah Vieira Figueiredo / Aline Mayra Lopes Silva*

## **Capítulo 13**

Óbitos Perinatais por Causas Evitáveis no Município de Fortaleza...241

*Ana Celina Nojosa / Ana Valeska Siebra e Silva / Álvaro Jorge Madeiro Leite / Cristiana Ferreira da Silva / Nádia Maria Girão de Almeida / José Uéleres Braga*

## **Capítulo 14**

Mortalidade na Infância no Ceará: Um Estudo Ecológico .....257

*Elzo Pereira Pinto Júnior / Thays Bezerra Brasil / Ítala Thaise de Aguiar Holanda / Ilvana Lima Verde Gomes / Marcelo Gurgel Carlos da Silva / Francisco José Maia Pinto*

## **Capítulo 15**

Estado Nutricional e Prática de Atividade Física entre Universitários da Área de Saúde .....274  
*Nara de Andrade Parente / Helena Alves de Carvalho Sampaio / Diana Jiménez Rodríguez / Isabella Barbosa Pereira Carneiro*

## **Capítulo 16**

Inter-Relações entre Obesidade, Leptina e Adiponectina em Adolescentes.....290  
*Isabella Barbosa Pereira Carneiro / Helena Alves de Carvalho Sampaio / Nara de Andrade Parente / Antônio Augusto Ferreira Carioca / Nágila Raquel Teixeira Damasceno*

## **Capítulo 17**

Asfíxia Perinatal em Recém Nascidos a Termo: O Olhar Ético sobre os Dilemas do Início da Vida.....310  
*Francisca Aurenília Esmeraldo Nogueira / Ana Valeska Siebra e Silva / Maria Veraci Oliveira Queiróz / Rejane Maria Carvalho de Oliveira / Edina Silva Costa*

## **Capítulo 18**

Descentralização, Organização da Demanda e Oferta de Serviços de Saúde Mental na Rede Regionalizada .....328  
*Leilson Lira de Lima / Adriana Catarina de Souza Oliveira / Jamine Borges de Moraes / Lourdes Suelen Pontes Costa / Tatiana Maria Ribeiro Silva / Maria Salete Bessa Jorge*

## **Capítulo 19**

Avaliação das Necessidades de Famílias de Pacientes em Unidade de Terapia Intensiva - Pediátrica .....351  
*Ilse Maria Tigre Leitão de Arruda / Marcelo Gurgel Carlos da Silva / Ana Camila Moura Rodrigues / Roberta Menezes de Oliveira / Aline Coriolano Pinheiro / Emília Cristina Carvalho Rocha Caminha*



## PREFÁCIO

O estado do Ceará está na vanguarda da Saúde Coletiva do Brasil. Certamente o exemplo mais emblemático neste ano de 2014 é a comemoração dos 20 anos de criação do Programa de Saúde da Família. Germinada no sertão central, entre os monólitos de Quixadá, expandida para todo o Brasil e hoje convertida em estratégia, a saúde da família se constitui no pilar da reorientação de todo modelo assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS). Mas não só isso, o Ceará é destaque na atenção materno-infantil, na política de saúde mental, nos modelos de organização e gestão do SUS, na regionalização da assistência e em muitas outras ações, políticas e programas de saúde.

Além dos avanços na organização dos serviços assistenciais, o Ceará também se destaca na formação de profissionais de excelência e na produção acadêmica na área da Saúde Coletiva. Fortaleza dispõe atualmente de três mestrados acadêmicos neste campo do saber – UECE, UFC e UNIFOR – e um já consolidado doutorado fruto da associação dessas três instituições. Como importante e mais recente conquista, a UECE obteve a aprovação e iniciou, em 2014, o doutorado próprio na Saúde Coletiva.

Este amplo processo de formação *stricto sensu* em terras cearenses traz consigo uma vasta e consistente produção acadêmica e científica. Os pesquisadores e estudantes dos respectivos programas oferecem aos profissionais e estudiosos da área uma gama de artigos publicados em periódicos nacionais e internacionais, assim como livros, capítulos de livros, informes e relatórios. Tal arsenal intelectual serve de substrato para o desenvolvimento de outras pesquisas e também para o processo de fortalecimento do SUS.

Neste cenário, a Editora da UECE cumpre relevante papel de divulgar à comunidade técnico-científica os valiosos estudos produzidos nos programas de Saúde Coletiva, tanto da própria universidade como das instituições parceiras. Quer sejam resultados finais das teses e dissertações, quer sejam produtos de pesquisas e das disciplinas da pós-graduação que não poderiam se perder ou se findar nos debates em sala de aula, restritos aos mestrandos e doutorandos.

Pois bem, ‘Saberes e Práticas em Saúde Coletiva: diversidades teóricas e metodológicas na produção do conhecimento’ se filia ao rol da vasta e sólida produção acadêmica em Saúde Coletiva do Ceará. Como o próprio título evoca, o livro tem como importante característica a grande variedade de teorias e de métodos que fundamentam e norteiam os trabalhos apresentados. As organizadoras Ana Valeska, Edina Costa e Silvia Morgana desempenharam com destreza a capacidade de identificar e selecionar os estudos a serem inclusos na coletânea, de forma que o conjunto das partes desse origem a um a painel original e diversificado. Na leitura do livro e nas reflexões provocadas pelos diversos capítulos a imagem que me surge é a de um mosaico acadêmico.

Mosaico é uma obra manual e intelectual composta por várias partes visivelmente distintas. No entanto, as peças são selecionadas e justapostas de tal maneira a originar uma superfície com formato inovador e harmônico. Surge então uma nova imagem, quase sempre colorida e instigante, que as partes se individualmente apresentadas não conseguiriam expressar. Assim, é o livro Saberes e Práticas em Saúde Coletiva, um produto multicor e polifônico, que pelo conteúdo e disposição dos diversos capítulos conformam este mosaico acadêmico, de partes interconexas e efeito intelectual estimulante.

O livro se destaca pela abrangência e importância dos objetos estudados. Os temas selecionados são valiosos para a Saúde Coletiva por se constituírem em problemas tanto históricos como atuais. Velhos e novos desafios para a saúde das populações e para a organização dos serviços assistenciais são investigados e refletidos nos diversos capítulos. O leque dos assuntos se enquadram nas seguintes temáticas: saúde mental; saúde materno-infantil; práticas de atividade física e hábitos alimentares; financiamento em saúde; gestão dos serviços de saúde; problemática da dengue; formação dos profissionais de saúde; humanização e o sistema de reabilitação previdenciária.

No Brasil, prevalece ampla e complexa carga de doenças e de problemas sanitários. O que se convencionou chamar de transição epidemiológica, com substituição das doenças infecciosas e parasitárias por um quadro de persistência das doenças crônicas degenerativas, não se aplica com exatidão à nossa realidade. Vive-se no país a ascensão das doenças da modernidade, sem se conseguir diminuir, ou em muitos casos até mesmo controlar, problemas de saúde decorrentes da pobreza e do subdesenvolvimento que nos acompanham há décadas. Assim, são gigantescos os desafios postos para pesquisadores, gestores e profissionais da saúde.

Neste decurso, a coletânea se mostra contextualizada e comprometida com os problemas de saúde vigentes. Os temas abordados envolvem tanto os problemas persistentes, a exemplo da dengue, como os problemas em ascensão, a exemplo da obesidade e da saúde mental. No entanto, não se volta apenas à análise de doenças e agravos à saúde, possui diversos capítulos direcionados à análise de políticas e de serviços de saúde, o que demonstra o comprometimento dos autores com a consolidação do SUS e a melhoria da qualidade na atenção à saúde da população.

Diante da abrangência dos objetos, nada mais natural do que se encontrar também grande diversidade de métodos e técnicas de investigação. O livro é composto por estudos qualitativos, com uso de entrevistas, grupos focais, observação participante e análise documental. E também por estudos epidemiológicos transversais, de caso controle e estudos ecológicos. Esta diversidade metodológica frente a abrangência dos temas abordados confere riqueza acadêmica a obra, com grande potencialidade de contribuir para a discussão de tão importantes assuntos.

Vale destacar que os estudos apresentados não são em si finalísticos. O livro não tem a pretensão de esgotar os temas abordados ou se manter imune aos questionamentos metodológicos. O conjunto de ideias e reflexões apresentado ao mesmo tempo que nutre, também desperta a necessidade de aprofundamento dos diversos temas investigados.

Sobre os autores, cabe mencionar que Ana Valeska, Edina Costa e Silvia Morgana conseguiram agregar nesta obra estudiosos renomados e de sólida produção acadêmica com outros recém-chegados ao campo da Saúde Coletiva, mas que já se apresentam engajados e comprometidos com a produção e difusão do conhecimento. Por conseguinte, o livro expressa a produção de um conjunto heterogêneo de pesquisadores, com seus diversos domínios e expertises, e oferece ao leitor um painel diversificado de achados e, talvez, ainda mais instigante seja a diversidade de olhares sobre os respectivos objetos.

Enfim, o livro constitui-se numa polifonia virtuosa – de teorias, de métodos, de temas e de autores – que nos oferece abordagens e perspectivas múltiplas. Acredito que a leitura dos capítulos aqui apresentados, muito mais do que trazer respos-

tas ou soluções, irá instigar críticas e estimular reflexões direcionadas a conhecer e a interferir sobre os ainda persistentes desafios do SUS.

José Patrício Bispo Júnior  
Professor Adjunto  
Instituto Multidisciplinar em Saúde - Universidade Federal  
da Bahia (IMS-UFBA)

# INTRODUÇÃO

*Ana Valeska Siebra e Silva*

*Edina Silva Costa*

*Silvia Morgana Araújo de Oliveira*

A Saúde Coletiva tem sido o Setor da Saúde que visa compreender e analisar os fatores condicionantes e determinantes dos processos saúde-doença no âmbito da coletividade. Com finalidade de propor mudanças e aprimoramentos para as condutas, orientando as políticas de saúde nos países desenvolvidos e em desenvolvimento.

Renomados autores definem a Saúde Coletiva, como campo amplo entre as diferentes áreas da saúde, que envolve um conjunto de práticas técnicas, ideológicas, políticas e econômicas desenvolvidas por instituições acadêmicas de pesquisa e por organizações de saúde. Surgiu entre o paradigma da multiplicidade de objetos e áreas dos saberes, com compromissos genéricos e inespecíficos, contudo com o objetivo concretos vislumbrando o benefício coletivo.

No Brasil, esse Setor da Saúde desenvolveu-se de maneira conjunta com a instauração da Saúde Pública, tendo se confundido muitas vezes com ela durante esse processo. Ambos ganharão significativo avanço com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua implantação em meados de 1990. Desde esse período muitos foram os progressos para a Saúde Coletiva, tendo sido um dos seus maiores avanços a necessidade de formação de profissionais com conhecimentos nas áreas de: ciências sociais, epidemiologia e de planejamento, de ma-

neira global, integral e integrada que permitissem ações multidisciplinares transformadoras para a sociedade.

A presente obra trata-se de uma coletânea dos estudos que têm sido realizados pelos docentes e discentes do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará. Abrangendo os mais diversos assuntos, os trabalhos elencados concentram-se nos seguintes linhas temáticas: Avaliação de Serviços de Saúde, Epidemiologia em Saúde, Políticas Públicas em Saúde, Saúde Mental, Saúde da Criança e da Mulher e Nutrição em Saúde. Os textos abordam assuntos de grande interesse para a sociedade civil e comunidade de pesquisadores da Saúde, posto que analisa os problemas vivenciados pela população brasileira, identificando possíveis causas e sugerindo prováveis soluções.

Buscamos com esses recortes, ainda, provocar uma reflexão sobre a Saúde Coletiva, sua **Interdisciplinaridade**, complexidade e amplitude de atuações para a coletividade, apontando a necessidade de um saber integrado e amplo entre os atores, socializando o Conhecimento, **Saberes e Práticas em Saúde Coletiva**.

# CAPÍTULO 1

## MODELO DA GESTÃO INDIRETA EM SAÚDE: ANÁLISE DOS CONSÓRCIOS PÚBLICOS DO CEARÁ

*Sílvia Morgana Araújo de Oliveira*

*Breitner Gomes Chaves*

*Elzo Pereira Pinto Júnior*

*Marcelo Gurgel Carlos da Silva*

### INTRODUÇÃO

Os gastos com a manutenção e custeio com o Sistema Único de Saúde (SUS) são objeto de constante preocupação das políticas nacionais. A meta idealizada pelo SUS é ofertar um serviço de qualidade e cada vez mais econômico, evitando desperdícios ou má utilização dos recursos disponibilizados para as ações de Saúde Pública (SILVA, 2013; SILVA, 2004).

Com a pretensão de melhorar a sua assistência, surgem novas práticas administrativas de execução para os seus serviços, com evidência para os modelos de Administração Pública indireta. Dentre esses, podem ser citados cinco tipos principais: Autarquia, Organizações Sociais, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, Fundações Estatais e os Consórcios Públicos (AMARAL e BLATT, 2011). Esses modelos de Administração Pública indireta do Estado são opções para melhorar os serviços ofertados pelos entes federativos, com garantia de manutenção das suas qualidades. Com tais modelos, houve a desburocratização da assistência à saúde que passou a ser gerenciada pelos setores sociais (IBAÑEZ e VECINA NETO, 2007).



Consoante esse ideário, Rezende (2009) assinala que os modelos de Administração Indireta surgiram da necessidade de ampliar a capacidade de governar, prover bens e serviços para a sociedade. Apesar dessa finalidade comum, no entanto, cada um desses modelos da gestão tem características gerenciais definidas e diferenciadas (IBAÑEZ e VECINA NETO, 2007).

Entre esses modelos gerenciais, especial destaque é concedido aos Consórcios Públicos, que recebem notoriedade pela sua evolução crescente em todo o País (AMARAL e BLATT, 2011). Entidades formadas entre os entes federativos - municípios, estado e/ou União, para administração dos seus recursos públicos, na maioria dos casos, os Consórcios Públicos têm a personalidade de pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos. Lima (2000) assinala que essa modalidade da gestão indireta tem importante utilidade na saúde, visto que melhora a administração da rede de serviços hospitalares e demais serviços assistencialistas. No Ceará, esse tipo de administração indireta é aplicado para a administração de unidades de saúde da atenção secundária. (CEARÁ, 2009).

Nos últimos dez anos, o Governo realizou consideráveis investimentos na saúde, com a instalação de equipamentos em todo o seu território, entre os quais as policlínicas e centros de especialidades odontológicas regionais, gerenciados com a intermediação dos Consórcios Públicos de Saúde (MEDEIROS *et al.*, 2008).

O Brasil, impulsionado pela Política Nacional de Saúde Bucal, ou como é denominada “Brasil Sorridente”, visando à redução das elevadas demandas por serviços especializados em Odontologia, passa por acelerada implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas. (NARVAI e FRAZÃO, 2008;

JUNQUEIRA, PANUTTI e RODE, 2008). O Ceará acompanhou essa tendência nacional e aumentou a oferta desse tipo de assistência em todo o seu território.

Procedente do Programa de Expansão e Melhoria da Assistência Especializada à Saúde do Governo do Estado do Ceará, em associação aos incentivos do Governo Federal com base em sua Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), “Brasil Sorridente”, em 2008, tem início a construção de 16 Centros de Especialidades Odontológicas Regionais (CEO-R). 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 *et al.*, 2008). Em 2010, houve a adição de dois CEO, Sobral e Crato, que tinham administração e gestão diversas ao que é proposto por este programa. Após suas inclusões, essas unidades passaram a ser denominados de “Regional” e geridos pelos Consórcios Públicos Intermunicipais de Saúde de suas respectivas regiões (PESSOA, 2013).

Para a implementação dos CEO-R, foi realizada pelo Governo do Estado uma previsão mensal de custeio e produção de serviços para essas 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, portanto, para ter a contrapartida do incentivo da esfera federal, deveriam ser atingidas as metas de produção e de formação estrutural pré definidas pelo Ministério da Saúde para custeio de Centros de Especialidades Odontológicas do tipo III, padrão no qual deveriam se integrar os novos CEO-R (CEARÁ, 2009).

Já a previsão de produções de serviços foi orientada pelos dados contidos no último levantamento de saúde bucal (SB Brasil 2003) realizado no Ceará, que identificaram 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. Essas estimativas de produção e de custeio 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 inespecífica para as diversas regiões do Ceará, é provável que os Consórcios Públicos de Saúde tenham mostrado necessidades de custeio e produções também diferenciados. Isto, provavelmente, deve ter repercutido na definição e alocação desses recursos obtidos de maneira individual, assim como alcançado resultados próprios, específicos e variados.

Esta pesquisa objetivou analisar o modelo da gestão dos Centros de Especialidades Odontológicas Regionais (CEO-R) do Estado do Ceará, seus custos e consequências, de julho/2010 a junho/2013, oferecendo subsídios para a otimização dos recursos empregados, aperfeiçoando os resultados, contribuindo para o planejamento e gestão desses e de outros serviços de saúde. Para isso, fez-se necessário:

identificar os custos de manutenção dos serviços dos CEO-R, empregados na produção desses serviços; descrever as produções totais e específicas dos CEO-R de cada especialidade odontológica ofertada por esses serviços; comparar a relação entre os custos e as consequências dos serviços dos

CEO-R; e verificar a adequação custo-produção dos serviços estimados e alcançados pelos CEO-R em estudo.

Este conhecimento possibilitou a identificação dos investimentos realizados e dos resultados produzidos por este serviço; verificação de adequação na estimativa do custeio e metas de produção; e mensuração de possíveis falhas nesses. De maneira ampliada, a análise possibilitou o acompanhamento das políticas públicas de saúde bucal adotadas no Ceará, necessárias e oportunas, para assegurar adequação da execução dos serviços de saúde às necessidades da população cearense.

## **METODOLOGIA**

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 catalogação dos dados, adotou-se a categorização subsequente: custos alocados em Recursos Humanos, Materiais e Serviços, e produções distribuídas nas especialidades (Cirurgia, Endodontia, Ortodontia, Pacientes com Necessidades Especiais, Periodontia e Próteses). Compilados em semestres no programa *SPSS for Windows*, nos dados foram

realizadas análises frequencial, paramétrica e o coeficiente de Correlação Linear de Tau de Kendall ( $\tau$ ) para verificar a correspondência entre as variáveis preditoras e desfechos.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

Com base no levantamento de custos, foram obtidos os custos de manutenções dos CEO-R estimados e realizados (Tabela 1), o que viabilizou a comparação entre esses valores.

**Tabela:** Levantamento dos custos de manutenção dos Centros de Especialidades Odontológicas Regionais do Estado do Ceará, período julho de 2010 a junho de 2013.

Categori- zação dos Custos	Custos Estimados (R\$)	Custos Realizados nos CEO-R (R\$)				
	SESA	Acaraú	Baturité	Juazeiro	Russas	Ubajara
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.Serviços	1.303.433,37	966.708,63	932.913,69	997.527,80	1.016.521,70	802.914,70
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: Bancos contábeis dos consórcios 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. 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.

Os custeios dos Recursos Humanos concentraram a maior quantia dispensada, tanto dos estimados, como os 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 Fa-

mília, que afirmou ser o gasto com manutenção de pessoal o principal custo do orçamento com a manutenção dessas equipes, ainda citando que esse gasto é da ordem de aproximadamente 93,76% do total dos recursos disponíveis.

Relativamente à produção do número de atendimentos totais estimada pela SESA/CE, esta pode ser dividida em dois valores: 16.584 do 1º ao 3º semestres e 15.984 do 4º ao 6º semestres, tendo sido observada apenas uma redução de 600 atendimentos.

No quadro 1, é verificado o comparativo do que foi obtido pelos demais CEO-R com o que havia sido previsto, em ordem decrescente: Juazeiro do Norte (42,93%), Baturité (40,43%), Russas (37,54%) e Acaraú (33,55%).

Em análise do desvio-padrão, nota-se que Acaraú demonstrou maior valor dessa medida, significando que essa unidade também teve maiores diferenças nas produções de um semestre para o outro. Já o menor desvio-padrão foi registrado no CEO-R Baturité, tendo essa unidade a menor variação entre as suas produções ao longo dos semestres analisados.

Entre outras observações gerais dos procedimentos realizados por todos os CEO-R, esta clara a diferença de percentual de atendimentos realizados por parte de cada especialidade, o que poderia ser reflexo das necessidades regionais de suas populações assistidas, no intuito de atender e ajustar a oferta de serviços oferecidos a elas, objetivando tornar esses atendimentos efetivos e eficazes.

**Quadro 1:** Produção total de atendimentos semestrais por especialidades alcançadas pelos Centros de Especialidades Odontológicas Regionais do Estado do Ceará, período: julho de 2010 à junho de 2013.

UND.	ATENDIMENTOS ESPECIALIDADE	No. TOTAL DE ATEND.1º. SEM.	No. TOTAL DE ATEND.2º. SEM.	No. TOTAL DE ATEND.3º. SEM.	No. TOTAL DE ATEND.4º. SEM.	No. TOTAL DE ATEND.5º. SEM.	No. TOTAL DE ATEND.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
	Total de Atend.	4.408	6.688	8.999	5.6691	5.001	1.991
EO 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
	Total de Atend.	6.040	5.315	6.661	6.345	7.343	7.805
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
	Total de Atendim	5.075	6.366	8.881	7.806	8.026	5.800
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
	Total de Atendim	3.267	6.999	7.479	6.978	6.119	5.843
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
	Total de Atendimento	4.792	5.734	5.886	11.596	8.633	7.704

Fonte: Relatórios de acompanhamento dos procedimentos executados pelos CEO-R do Estado do Ceará.

Análise da Correlação Linear entre os custos totais das unidades e números de 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 2:** 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,  $\tau = ,023$ ,  $p < 0,05$ . Esses 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 suas variáveis foram positivas, 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.

## CONCLUSÕES E SUGESTÕES

Os resultados indicaram que houve divergência entre os números estimados e os atingidos pelos CEO-R e seus consórcios gestores, tanto os relativos ao custeio como para as produções. Ainda foi possível identificar onde as falhas de alocação foram mais expressivas. Apesar da divergência, o custo total das unidades foi similar aos da perspectiva da SESA/CE, sugerindo que alguns recursos destinados para certas finalidades tenham suprido a necessidade de outras não mensuradas ou insuficientes. Nas produções, as metas estipuladas mostraram-se superestimadas quando comparadas às conseguidas pelos CEO-R.

Essa incompatibilidade entre as produções estimadas e as atingidas pelos CEO-R demonstra dificuldade de estabelecimento de metas possíveis de se atingir, ou de imprevisibilidade dos resultados, quando se trata de previsão de eventos com maior dependência dos fatores humanos.

Ainda é possível que o arrolamento da hipótese dessas produções de atendimentos tenha sido prejudicado, por serem essas unidades regionais, e seus pacientes-clientes, domiciliados em municípios vizinhos, pois a falta de transporte público pode ter colaborado para a não adesão ou 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 melhoramento da gestão dessas unidades, assim como a publicização e transparência da destinação de seus recursos empregados, possibilitando um redirecionamento das políticas públicas de saúde adotadas, tornando-as mais eficientes.

## REFERÊNCIAS

AMARAL, S. M. S. BLATT, C.R. Consórcio Intermunicipal para a aquisição de medicamentos: impacto no desabatecimento e no custo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 799-801, fev. 2011.

CEARÁ, Secretária da Saúde. **Manual de orientação: Consórcios Públicos em saúde no Ceará – Estratégia para o fortalecimento da regionalização da saúde.** Fortaleza, CE. 2009.

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. de M. Oral health in Brazil – Part I: public oral health policies. **Braz. Oral Res.**, v. 22, n. 1, p.08-17, 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.** IV Encontro de Economia do Ceará em Debate. Governo do Estado do Ceará. Fortaleza, 2008.

NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P. **Saúde bucal no Brasil muito além do céu da boca.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 23-35.

PESSOA, F. C. H. Governo conclui os 18 CEOs Regionais anunciados

para o Ceará. Maracanaú, 2013. Disponível em: <<http://www.maracanaugora.com.br/governador-conclui-os-18-ceos-regionais-anunciados-para-o-ceara>>. Acesso em: 19 de dezembro de 2013.

REZENDE, F. da C. Desafios gerenciais para a reconfiguração da administração burocrática brasileira. **Sociologias**. v.1, n. 1, p. 344-365, set. 2009.

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, Ceará, Fortaleza.

SILVA, M. G. C. da. **Introdução à Economia da Saúde**. Fortaleza: UECE / Expressão, 2004.

SILVA, M. G. C. da. Economia da Saúde: da Epidemiologia à tomada de decisão. In: ROUQUAYROL, M. Z.; SILVA, M.G.C. da. **Epidemiologia e saúde**. 7 ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2013. p. 559-582.

# CAPÍTULO 2

## FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL E OS DESAFIOS PARA A SAÚDE COLETIVA

*Elzo Pereira Pinto Junior*

*Thays Bezerra Brasil*

*Sílvia Morgana Araújo de Oliveira*

*Lillian de Queiroz Costa*

*Lúcia Conde de Oliveira*

*Marcelo Gurgel Carlos da Silva*

### INTRODUÇÃO

O financiamento em saúde é pauta relevante na agenda da saúde no Brasil desde os tempos da Reforma Sanitária. Ao se pensar a criação de um Sistema de Saúde de caráter universal, que buscava a integralidade da assistência e a equidade na prestação dos serviços, era preciso criar mecanismos de forma a torná-lo sustentável (AMARAL, MOREIRA e SILVA, 2011). Com efeito, um dos principais pilares da sustentabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) era financiá-lo de forma a garantir que a saúde fosse um direito de todos. Dessa maneira, a pasta da saúde deveria ser dotada de uma alocação de recursos regular e suficiente para prestar assistência à população brasileira.

Este capítulo abordará nas seções a seguir conceitos de elementos básicos da temática do financiamento em saúde, seguidos de uma contextualização histórica de cunho social, político e econômico da criação do SUS e das novas regras e

desafios do financiamento da saúde. Logo após a contextualização são discutidas a criação da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF), a instituição da Desvinculação de Receitas da União (DRU) e o estabelecimento da Emenda Constitucional n. 29. O texto também versará sobre a alocação de recursos em saúde no Brasil, seus critérios e instrumentos normativos, tais como as Normas Operacionais Básicas, Normas de Operacionalização da Assistência, Pacto pela Saúde o Contrato Organizativo de Ação Pública.

## FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Do ponto de vista geral, financiamento é o processo de captação de recursos ou fundos para a execução de um gasto que está ordenado para a obtenção de um objetivo determinado. Em relação à área da saúde, o financiamento de sistemas de saúde diz respeito às fontes de recursos disponíveis para a alocação dos gastos em saúde de dada sociedade. Esses recursos, por sua vez, são oriundos do próprio Estado (recursos públicos), mediante a arrecadação de tributos, empréstimos e doações de fundos internacionais; ou das famílias (recursos privados), por via da compra direta de serviços de saúde, contratação de planos de saúde e aquisição de medicamentos (UGÁ e PORTO, 2008).

Dentre os elementos constituintes do financiamento governamental, destacam-se os tributos, que são divididos em impostos gerais, aqueles sem vinculação específica e cujo gasto é de livre arbítrio do gestor, e as contribuições sociais, impostos para programas sociais específicos (PAIM *et al.*, 2011). O financiamento de despesas da saúde por meio de impostos gerais não configura prática convencional no Brasil, ou seja, poucos governos vinculam essas receitas diretas à alocação de

gastos com a saúde, pois preferem manter tal fonte sob sua liberdade e flexibilidade (MEDICI, 2002).

Segundo Paim *et al.* (2011), o financiamento do SUS não é suficiente para assegurar os recursos necessários ao bom funcionamento dos serviços de saúde. Os mesmos autores sugerem que, como os recursos das contribuições sociais são maiores do que as receitas de impostos gerais, que são divididas entre os governos federal, estaduais e municipais, o SUS é subfinanciado.

O modelo de financiamento do setor saúde está diretamente ligado ao modelo de sistema de saúde ao qual pertença, repetindo sua lógica. O modelo de seguro social, cujos benefícios inicialmente eram geridos pelos institutos de proteção social, tinha como principal fonte de financiamento as contribuições individualizadas sobre os salários, conferindo-lhe um caráter meritocrático. Já os sistemas nacionais de saúde, guiados pela lógica da solidariedade e do acesso universal, são financiados predominantemente por impostos gerais e, de preferência, por impostos diretos e progressivos, adaptando-se ao modelo de proteção social, de caráter redistributivo dos recursos. Outro tipo de sistema é o de cunho liberal, cujo mercado guia o acesso aos serviços e estes são financiados predominantemente pelo gasto privado, direto ou indireto. Apesar dessas tipologias, essa divisão é apenas didática, haja vista que esses modelos ideais não existem na realidade, e que os sistemas têm comportamentos cada vez mais mistos, considerando o ajuste macroeconômico e as necessidades da população (UGÁ e PORTO, 2008).

O atual sistema de saúde brasileiro foi constituído sob inspiração de um modelo nacional de saúde, o de proteção

social, conhecido como *welfariano*; no entanto, seu estabelecimento se deu em um período cujo papel do Estado era de incentivar e investir na expansão do setor privado da saúde. Desse modo, o modelo brasileiro que, teoricamente, seria baseado em um modelo *welfariano*, nada se assemelhou a este, aproximando-se mais do modelo estadunidense, ou seja, modelo de sistema de saúde tipicamente liberal (UGÁ e MARQUES, 2005).

### **Criação do SUS e o início de seu Financiamento**

A Constituição Federal de 1988 transformou consubstancialmente a política de saúde do Brasil, à medida em que alterou o arcabouço do sistema de saúde do País com a criação do SUS. Contextualizando a criação do SUS, é válido considerar que os obstáculos enfrentados ao longo da sua implementação, no que diz respeito ao seu financiamento, não são inerentes ao modelo de sistema de saúde em que ele se inspira, sendo, ao contrário, consequência de fatores extrasetoriais relacionados, fundamentalmente, às políticas de ajuste macroeconômico (UGÁ e MARQUES, 2005).

Na realidade da constituição do Sistema Único de Saúde, os agentes da Reforma Sanitária Brasileira buscavam um sistema universal, público, num modelo de proteção social, apesar de viverem num histórico de décadas de consolidação da saúde como atividade de domínio da iniciativa privada. No quadro mundial, havia a expansão do neoliberalismo e do ajuste econômico, com tendência às privatizações dos serviços básicos e encolhimento da máquina estatal. Esse novo paradigma neoliberal vigente pregava a existência de uma superioridade do mercado em termos de eficiência na alocação dos recursos e na prestação dos serviços (UGÁ e MARQUES, 2005).

Apesar do panorama e do contexto desfavorável, o SUS se consolidou como sistema de saúde no Brasil. Ele não se tornou uma “cesta básica” de serviços, contrariando os interesses neoliberais. Atualmente, ele é mais do que um sistema de saúde, fazendo parte do pacto social presente na Constituição de 1988, que visa à consolidação de uma sociedade democrática e solidária (PAIM, 2009).

Há de se destacar, entretanto, que a instituição do acesso universal à saúde foi acompanhada da inserção do setor saúde no Sistema de Seguridade Social (saúde, previdência e assistência social), sendo determinado que o financiamento da saúde, após 1988, deveria ser decorrente do Orçamento da Seguridade Social (OSS) e de compensações dos tesouros das três esferas governamentais. O OSS não estipulou vinculação específica das receitas, sendo mais tarde assegurado que pelo menos 30% desse orçamento deveria ser destinado ao SUS (UGÁ e PORTO, 2008).

Apesar do empenho de alguns políticos interessados pela área da saúde na época da Constituinte, não foi determinado o percentual de orçamento geral da União que deveria ser destinado ao setor saúde, diferentemente do que ocorreu com a educação, que garantiu 18% da receita tributária. Dessa forma, a dotação para a saúde é bastante variável, o que está diretamente ligado a questões técnicas, mas principalmente políticas (SILVA, 2013).

Na prática, aconteceu foi que nenhum governo que se seguiu cumpriu o que foi promulgado na Carta Magna de 1988, gerando o desmonte da seguridade social, em razão, principalmente, do uso dos recursos para fins alheios à seguridade social. Isso ocorreu por meio da institucionalização de mecanismos que permitiam o acesso da União a esses recur-



tos para outros fins. O panorama era de prioridade absoluta do ajuste fiscal em detrimento do cumprimento do dever do Estado no financiamento de políticas sociais cidadãs (UGÁ e MARQUES, 2005; UGÁ e PORTO, 2008).

A Constituição Federal de 1988 (CF/88) também determinou, em seu Art. 198, que as ações e serviços públicos de saúde deveriam ser organizados conforme as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. Com isso, a descentralização ou “municipalização” passa a ser um dos eixos condutores do SUS, ou seja, o município passa a ser o gestor e o principal responsável pelos serviços de saúde (BRASIL, 1988).

Com efeito, com a criação do SUS, o financiamento e a alocação de recursos da União aos estados e municípios assumiu caráter de descentralização. O modelo organizacional do sistema de saúde brasileiro perdeu sua tendência “estadualista”, passando a municipalização a constituir o eixo condutor de descentralização do sistema, mediante o repasse de recursos financeiros fundo a fundo. É importante levar em consideração os preceitos da Lei Orgânica de Saúde, que estabelecia critérios de distribuição dos recursos (populacionais, epidemiológicos, capacidade instalada, desempenho técnico, econômico e financeiro) e da Lei n. 8.142/90, que estabelecia a regularidade e o automatismo das transferências (BRASIL, 1990a; BRASIL; 1990b).

O financiamento do SUS é compartilhado entre as três esferas de governo. Atualmente, cerca de 43,5% dos recursos do SUS são originários do Ministério da Saúde e os outros 56,5% de estados, Distrito Federal e municípios. Essa partição já contou com percentuais maiores de recursos oriundos do Ministério da Saúde antes da implantação do SUS. Com o

novo sistema, a hegemonia federal no financiamento foi gradualmente reduzida (BRASIL, 2011).

Nesse sentido, os gastos com saúde do governo Federal, mesmo aumentando em termos nominais, refletem na verdade uma redução líquida quando realizado o ajuste inflacionário. Dessa forma, o SUS não possui uma receita estável e adequada às suas necessidades, dispondo atualmente de um menor volume de recursos públicos para a assistência à saúde da população que aquele previsto quando o sistema foi criado (PAIM *et al.*, 2011).

### **Normas Operacionais Básicas (NOB-SUS 91, NOB-SUS 93 e NOB-SUS 96)**

Dessa forma, os pensadores do SUS se perguntavam: onde encontrar os recursos para o financiamento da saúde? O SUS deixou de contar com os recursos da previdência social, o que produziu uma grave crise no seu financiamento, e passou a depender das fontes do tesouro das esferas de governo. Esse desmonte foi ampliado pela criação do Fundo Social de Emergência, atual Desvinculação das Receitas da União (DRU), ao permitir que 20% das receitas de impostos e contribuições sejam livremente alocados pelo Governo federal (UGÁ e MARQUES, 2005).

A NOB 91 pode ser considerada instrumento de centralização do sistema de saúde, contrariando um dos principais preceitos do SUS. Esta não permitia a implementação do caráter automático das transferências intergovernamentais, reduzindo a atenção à saúde, à prestação de serviços e as esferas infra-governamentais como meros prestadores desse serviço. Além disso, a distribuição de recursos era determinada, prioritariamente, pela capacidade instalada, assumindo um

caráter não igualitário, já que a melhor capacidade instalada está concentrada nas regiões com melhores condições socioeconômicas e sanitárias (UGÁ e PORTO, 2008).

Repasse fundo a fundo somente começaram a ser feitos para os estados e municípios habilitados na forma da gestão semiplena, conforme previsto na NOB 93. Essa norma criou três condições da gestão – incipiente parcial e semiplena – às quais estados e municípios poderiam se habilitar, de acordo com suas capacidades técnicas para assumir as responsabilidades inerentes a cada uma das condições de gestão. A NOB 01/1993 também fez avançar a pactuação, negociação, articulação e integração. Possibilitou colocar em funcionamento as comissões intergestores bipartites e tripartites que se configuraram como mecanismos importantes para o estabelecimento de espaços de democratização do processo decisório entre as três esferas de governo (CARVALHO, 2002; CARVALHO, 2008).

Em 1996, a NOB 96 veio consolidar os avanços no sentido da descentralização e incrementar os repasses diretos fundo a fundo no campo da atenção básica. Com essa norma, as modalidades da gestão de estados e municípios passaram a ser gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema, para os municípios, e gestão avançada do sistema e gestão plena do sistema para os estados. Além disso, instituiu a Programação Pactuada e Integrada (PPI) das três esferas do governo em diversas atividades, mas com ênfase na Promoção da Saúde e atenção básica (BRASIL, 1996).

Desde a NOB 96, a atenção básica em saúde assumiu relevância para organização do primeiro nível de atenção, sendo caracterizada por ações individuais e coletivas voltadas para a Promoção da Saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação. Com a NOB , houve a criação do Piso da Atenção

Básica (PAB) com uma parte fixa *per capita* e outra variável para incentivo a programas específicos e estratégicos (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

Nesse contexto de escassez de recursos e de necessidade de receitas específicas para a saúde, foi votada e aprovada a criação da CPMF, cujo objetivo era arrecadar verbas destinadas à saúde pública, por meio de cobrança sobre as movimentações bancárias dos contribuintes e vigorou “provisoriamente” de 1997 a 2007. Era um tributo gerido pela Receita Federal cuja extinção aconteceria quando as contas do governo estivessem equilibradas. Apesar de seu objetivo inicial ser para utilização no setor saúde, essa destinação não foi resguardada em todo o seu período de vigência (AMARAL, MOREIRA e SILVA, 2011). Após muitas polêmicas sobre sua continuação, em dezembro de 2007, o Senado brasileiro rejeitou a proposta de prorrogação. A CPMF representou o financiamento de cerca de 30% dos gastos em saúde durante sua vigência. Apesar de criada especificamente para financiar o setor saúde, foi usada pela DRU e em prol dos interesses neoliberais em detrimento da saúde (UGÁ e PORTO, 2008).

### **Emenda Constitucional Nº. 29/2000**

Em razão dessa necessidade de oficialização de um mecanismo que fosse capaz de assegurar o custeio do SUS e todos os serviços com eficiência, foi aprovada, em outubro de 2000, a Emenda Constitucional (EC) nº 29, que determinava a vinculação e estabelecia a base de cálculo e os percentuais mínimos de recursos orçamentários que a União, os estados e os municípios seriam obrigados a aplicar em ações e serviços públicos de saúde (UGA e SANTOS, 2006; AMARAL, MOREIRA e SILVA, 2011).

A base de cálculo para a vinculação dos tributos para compor o financiamento da saúde, de acordo com a EC 29/2000, seria organizada de acordo com a esfera governamental. Para os repasses da União, a aplicação mínima envolveria o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual (AMARAL, MOREIRA e SILVA, 2011).

Já as esferas estaduais e municipais teriam o repasse das verbas vinculadas a alguns tipos de impostos e repasses. O repasse estadual é calculado somando a receita de impostos arrecadados (Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores - IPVA e Imposto sobre a Circulação de Mercadorias e Serviços - ICMS, por exemplo) com a receita de transferências constitucionais (cotas de Imposto sobre Produtos Industrializados - IPI e outras fontes repassadas do Governo federal). Desse valor, subtrai-se uma parcela de transferências a municípios (25% do ICMS e 50% IPVA). Por fim, no volume final das receitas, subtraindo-se os repasses aos municípios, encontra-se um determinado valor, que é multiplicado por 0,12, implicando dizer que pelo menos 12% da arrecadação dos Estados devem ir para o orçamento da saúde (CAMPELLI e CALVO, 2007).

Sob a responsabilidade dos municípios, o valor mínimo a ser destinado para a saúde deve ser de 15% sobre a arrecadação. A base de cálculo para essa esfera leva em conta a soma das receitas de impostos municipais (Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana - IPTU, Imposto de Renda Retido na Fonte, entre outros), acrescida das cotas de participações repassadas pelo Governo estadual e pelo Governo federal. Ao

final, somam-se esses dois blocos de arrecadação e multiplica-se por 0,15 para se obter o montante mínimo destinado à saúde pelo Governo municipal (CAMPELLI e CALVO, 2007).

A formulação da EC-29 foi um grande avanço para a tentativa de consolidação do financiamento à saúde no Brasil por conta do aumento da participação das esferas infra-nacionais. Na prática, entretanto, o que se viu foi que, nem o Governo Federal tampouco nem os estados e os municípios conseguiram cumprir o seu texto, e, apenas de 2000 a 2003, quase dois bilhões de reais deixaram de ser investidos no SUS. Com a aprovação da EC-29, paulatinamente, estados e municípios foram destinando mais recursos para a saúde. Analisando o Sistema de Informações sobre Orçamento em Saúde, pode-se detectar o fato de que muitos municípios gastam mais do que os 15% definidos pela referida emenda com a saúde. Ugá e Santos (2006) ainda acentuam que, quando, efetivamente, forem repassados os recursos previstos por essa emenda, haverá grande incremento dos recursos proporcionados pelo ICMS.

Alguns dos desafios encontrados para o cumprimento da EC-29 residem no fato de que a emenda não explica qual é a origem dos recursos a serem utilizados pela União além de ser omissa em relação à seguridade, como se não houvesse disputa por esses recursos. Em relação aos estados, além de a maioria não destinar a quantidade ideal de recursos, alguns ainda incluíram como gastos da saúde despesas com saneamento, habitação, merenda escolar, hospitais de clientela fechada, alimentação de presos. Essas são ações sobre determinantes da saúde, mas não ações de saúde propriamente ditas (FAVERET, 2003).

No intuito de solucionar os problemas advindos pelas brechas deixadas na EC-29, em 13 de janeiro de 2012, foi apro-

vada a Lei Complementar nº. 141, que institui o valor mínimo e normas de cálculo do montante mínimo a ser aplicado, anualmente, pela União, estados, Distrito Federal e municípios em ações e serviços públicos de saúde. Além disso, estabelece o que são as ações de saúde e o que não constituirá despesa com ações e serviços públicos de saúde, para fins de apuração dos percentuais mínimos (VILANI e BEZERRA, 2013).

Além dos problemas relacionados ao financiamento e levantamento de recursos para o setor de saúde no Brasil, outra questão desafiadora era a de alocação desses recursos e sua distribuição equitativa. Entende-se como alocação dos recursos em saúde o processo de utilização de recursos financeiros visando à equidade no acesso aos serviços de saúde em contextos de desigualdades sociais. Para o alcance dessa equidade, os recursos têm que ser definidos segundo um *Proxy* de necessidades que permite dimensionar desigualdades relativas entre as condições sanitárias e socioeconômicas das populações de diferentes áreas geográficas (FAVERET, 2003).

O Piso da Atenção Básica (PAB) engloba ações como a criação de um valor *per capita* nacional para custeio de procedimentos da atenção básica (PAB-fixo), além de criação de incentivos financeiros para a implantação de programas e ações específicas como Programa de Agentes Comunitários, Programa Saúde de Família, Programa de Combate às Carências Nutricionais, Ações Básicas de Vigilância Sanitária e Ações Básicas de Vigilância Epidemiológica (SANTOS, 2007).

Em razão dessas medidas, vale ressaltar que a descentralização tributária iniciada com a Constituição de 1988 ampliava a competência tributária das esferas infranacionais, além de elevar o nível das transferências de tributos federais para estados e municípios (UGÁ; PORTO, 2008).

## **Normas Operacionais de Assistência a Saúde (NOAS/SUS 2001 e NOAS/SUS 2002)**

A manutenção desse sistema de repasse teria mais uma tentativa com a criação das Normas Operacionais de Assistência a Saúde de 2001 e de 2002 (NOAS-SUS 2001 e NOAS-SUS 2002), que regulam fundamentalmente a estruturação do processo de regionalização e hierarquização do sistema de saúde, e, portanto, da distribuição regional da assistência de alta e média complexidade, sendo definido como conjunto mínimo de procedimentos de média complexidade o primeiro nível de referência intermunicipal, com acesso garantido a toda a população no âmbito microrregional (AMARAL, MOREIRA e SILVA, 2011).

Apesar de mais restritas a assistência à saúde, essas Normas Operacionais não previram nenhum mecanismos de transferência de recursos. Tiveram como maiores avanços o fortalecimento da regionalização, a gestão compartilhada do sistema e a implantação dos complexos reguladores, organizando o fluxo de serviços e atendimentos em todas as esferas do Sistema Único de Saúde (AMARAL, MOREIRA e SILVA, 2011).

### **Pacto pela Saúde**

Com o Pacto pela Saúde, se avança na elaboração de uma agenda política, com metas definidas e negociação entre os agentes sociais. É a tentativa de aprofundar a organização da rede de serviços, de maneira a beneficiar todas as necessidades de cada localidade. Firmado em 2006 pelos gestores do SUS das três esferas de governo (federal, estadual e municipal), pretendeu substabelecer as responsabilidades e atividades de cada um desses, de maneira a garantir a integralidade da assistência.



É constituído pelo Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão (VILLANI e BEZERRA, 2013).

Especial atenção seja dada ao Pacto da Gestão, que estabelece as diretrizes para gestão do sistema nos aspectos descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, Programação Pactuada Integrada (PPI), regulação, participação e controle social, gestão do trabalho e educação na saúde (FADEL *et al.*, 2009).

Os princípios estabelecidos para o financiamento, de acordo com o Pacto da Gestão, envolvem: a responsabilidade das três esferas na alocação de recursos de maneira equânime; repasse fundo a fundo como modalidade preferencial; financiamento do custeio com recursos federais, organizado em blocos, com uso dos recursos restritos aos blocos. Nessa nova lógica, foram criados blocos específicos, com custeios de atividades específicas (VILLANI e BEZERRA, 2013).

Ainda de acordo com o Pacto da Gestão, há cinco blocos de financiamento. O bloco da Atenção Básica corresponde aos repasses do Piso da Atenção Básica (PAB-fixo) e do Piso da Atenção Básica-variável (PAB-variável). O PAB-fixo é encarregado de custear as ações obrigatórias da Atenção Básica no Brasil, enquanto o PAB-variável é uma forma de incentivo financeiro para a expansão de serviços no primeiro nível da assistência (FADEL *et al.*, 2009).

Outro bloco de financiamento é o da Atenção de Média e Alta Complexidade. Esse bloco é responsável pelo custeio de procedimentos regulados pela Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade, de transplantes, de ações estratégicas emergenciais e de novos procedimentos, por isso recebe uma verba significativa do orçamento da saúde (VILLANI e BEZERRA, 2013; GOMES *et al.*, 2014).

Além dos dois blocos ora citados, ainda há o de vigilância à saúde, responsável pela vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, campanhas de vacinação entre outros. Outro bloco de financiamento é o da assistência farmacêutica, composto pelos componentes básicos e estratégicos, e por fim, o bloco que abarca a gestão do SUS. O bloco de financiamento da gestão do SUS visa a apoiar as iniciativas de fortalecimento da gestão, Educação na Saúde e incentivo à implantação de políticas específicas (FADEL *et al.*, 2009).

### **Decreto Nº. 7.508 / 2011 e o Contrato Organizativo de Ação Pública**

Publicado no dia 28 de janeiro de 2011, pela Casa Civil da República do Brasil, o Decreto 7.508/2011 teve como objetivo definir, estabelecer e orientar a formação: das regiões de saúde, dos contratos organizativos de ação pública de saúde (COAP), as portas de entrada as comissões intergestores, os mapas de saúde, as redes de atenção em saúde (BRASIL, 2011).

Por contrato organizativo de ação pública de saúde (COAP), entende-se o acordo de colaboração entre as esferas federativas, cuja finalidade é de organizar, integrar as ações e os serviços de saúde na rede hierarquizada e regionalizada, com definição das responsabilidades de cada um desses entes, incluindo a fiscal, ou seja, a definição dos recursos financeiros que serão disponibilizados por parte de cada ente para as ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011).

O COAP, com as pactuações realizadas em cada comissão intergestores regionais (CIR), estabelece os planos de saúde dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde. É a tentativa de organizar o fluxo da assistência dentro de regiões de saúde (BRASIL, 2011). Esse é o atual processo em que se

encontram os entes federativos e o Sistema Único de Saúde. Com a formalização e assinatura desses contratos, espera-se que seja possível estabelecer as ações e prestação de serviços de saúde de maneira integral, integrada e financeiramente viável.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

À vista desta breve análise do panorama de financiamento e alocação de recursos para o setor saúde no Brasil, depreende-se que o critério distributivo ainda não leva em conta, em sua totalidade, a existência de desigualdades nas necessidades populacionais por serviço de saúde. Ressalta-se, ainda, a baixa participação do Estado brasileiro no setor, quando se considera que o sistema de saúde, constitucionalmente definido como de acesso universal e integral, exhibe uma estrutura do gasto que em nada se assemelha à dos sistemas nacionais de saúde de países como Inglaterra, Dinamarca e Suécia, onde o gasto público está perto de 85%. No Brasil, a participação do setor público no gasto nacional em saúde é, em torno de 47%, semelhante ao padrão dos EUA, sistema típico do modelo liberal de sistemas de saúde.

Além de gastar mais, é necessário gastar melhor, mediante a orientação dos gastos, segundo avaliação tecnológica e protocolos clínicos. Há autores que consideram a ideia de que o maior problema do SUS não é corrupção nem gestão, é financiamento, visto que R\$1,41 é o que o poder público gasta por dia para a saúde de cada brasileiro. Mesmo juntando todos os gastos dos governos federal, distrital, estaduais e municipais com o SUS, não se alcança o preço de uma passagem de ônibus local. Isso significa metade do que é destinado a um cidadão argentino ou uruguaio para a sua saúde e um décimo do que se despende a favor de um cidadão canadense ou japonês.

Destaca-se, ainda, o descumprimento da legislação do financiamento à saúde no Brasil. Apesar do arcabouço jurídico ser bem desenvolvido, com instrumentos detalhados que facilitam a alocação dos recursos e com as bases de cálculo bem descritas, parece haver um descaso institucional em relação à saúde.

A pior consequência das lacunas no financiamento à saúde no Brasil é a atual maneira como os serviços de saúde são prestados aos chamados usuários “SUS-dependentes”. Eles sentem na sua realidade cotidiana o que acontece quando o recurso não chega, pois a eles é negado um direito constitucional, que é o direito à saúde. Apesar de parecer complexa, a questão do financiamento do SUS no Brasil poderia ser melhorada com o simples cumprimento da lei.

Pensar em uma saúde universal, de qualidade e integral em um país tão grande como o Brasil é um desafio. O Brasil, no entanto, por ser enorme, também é provido de muitas riquezas e tem um sistema fiscal muito eficiente, do ponto de vista de arrecadação. Talvez a grande falha esteja na alocação dos recursos, que não segue como prioridade as necessidades de saúde da população. Quando se pede sustentabilidade financeira ao SUS, se vislumbra mais do que a assistência à saúde. A garantia dos direitos constitucionais, e principalmente dos direitos humanos, considerando a saúde indispensável à vida, perpassa um financiamento regular e também racional, que subsidie um SUS de qualidade.

## REFERÊNCIAS

AMARAL, F.C.U. do; MOREIRA, T.M.M.; SILVA, M.G.C. da. Financiamento da Saúde: Da Constituição Federal de 1988 ao Pacto pela Saúde. In: SILVA, M.G.C. da; SOUSA, M.H.L. **Temas de economia da saúde III: Contribuições para a gestão do SUS**. Fortaleza: Ed.UECE. 2011. p.15-29.

BRASIL. Casa Civil. **Decreto no. 7508, de 28 de janeiro de 2011**. Brasília, DF: Casa Civil, 2011.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília, DF: Senado Federal, 1990a.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa. Lei 8.142, de 28 de setembro de 1990**. Brasília, DF: Senado Federal, 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.203, de 5 de novembro de 1996**. Dispõe sobre a Norma Operacional Básica do SUS 01/96. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O Financiamento da Saúde/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011.

CAMPELLLI, M.G.R.; CALVO, M.C.M. O cumprimento da Emenda Constitucional n. 29 no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1613-23, 2007.

CARVALHO, G.C.O. **Financiamento Público Federal do Sistema Único de Saúde, 1988-2001**. São Paulo: PaperCrom Editora e Gráfica, 2002.

CARVALHO, G. Financiamento da saúde pública no Brasil no pós-constitucional de 88. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 2, n.1, p.39-51, jul./dez., 2008.

FADEL, C.B.; SCHENEIDER, L.; MOIMAZ, S.A.S.; SALIBA, N.A. Administração pública: o pacto pela saúde como uma nova estratégia

de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil. **Rev. Adm. Púb.**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, p. 445-456, 2009.

FAVERET, A.C. de S.C. A vinculação constitucional de recursos para a saúde: avanços, entraves e perspectivas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 371-378, 2003.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. (org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 575-625.

GOMES, F. de F.C.; CHERCHIGLIA, M.L.; MACHADO, C.D.; SANTOS, V.C. dos; ACURCIO, F. de A.; ANDRADE, E.L.G. Acesso aos procedimentos de média e alta complexidade no Sistema Único de Saúde: uma questão de judicialização. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 30, n.1, p. 31-43, 2014.

MEDICI, A.C. Aspectos teóricos e conceituais do financiamento das políticas de saúde. In: PIOLA, S.F; Viana, S.M (org.). **Economia da saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde**. 3.ed. Brasília: IPEA, 2002. p. 23-68.

PAIM, J.S. **O que é o SUS?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PAIM J, TRAVASSOS C, ALMEIDA C, BAHIA L, MACINKO J. Saúde no Brasil 1: sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Lancet**. 2011. p.11-31.

SANTOS, N. R. dos. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 429-435, 2007.

SILVA, M.G.C. Economia da saúde: da epidemiologia à tomada de decisão. In: ROUQUAYROL, M.Z.; SILVA, M.G.C. (org.). **Epidemiologia & Saúde**. 7.ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013, p. 559-583.

UGÁ, M.A.D.; MARQUES, R.M. O Financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In: LIMA, N.T.; GERSHMAN, S.; EDLER, F.C. (org.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 193-233.

UGÁ, M.A.D.; SANTOS, I.S. Uma análise da progressividade do fi-

nanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1597-1609, 2006.

UGÁ, M.A.D.; PORTO, S.M. O Financiamento e alocação de recursos em saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

VILLANI, R.A.G; BEZERRA, A.F.B. Concepções dos gestores municipais de saúde de Pernambuco sobre a destinação e gestão dos gastos com saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 22, n. 2. p. 521-529 , 2013.

# CAPÍTULO 3

## RETROSPECTIVA DAS EPIDEMIAS DE DENGUE NO BRASIL: INVESTIGAÇÃO DO PERFIL

*Joana Mary Soares Nobre  
Sílvia Morgana Araújo de Oliveira  
Francisco José Maia Pinto  
Marcelo Gurgel Carlos da Silva  
Andrea Caprara*

### INTRODUÇÃO

Dengue é uma doença infecciosa viral grave, emergente no mundo tropical, causada por quatro sorotipos de Flavivírus: DENV 1, 2, 3,4 (MACIEL, SIQUEIRA Jr e MARTELLI, 2008; WHO'S 2010). Expressa uma dinâmica de transmissão vetorial, tendo a espécie *Aedes aegypti* como o seu mais importante transmissor. Essa doença é caracterizada como um problema complexo que exige um enfoque sistêmico para seu controle (SANTOS, 2011).

Exprime-se a ideia de que o aumento progressivo da ocorrência de casos está condicionado à associação dos fatores: climáticos; densidade demográfica; lixo descartado inadequadamente com o acúmulo de recipientes plásticos não biodegradáveis; condições de habitação; alta umidade interna; abastecimento e armazenamento de água deficiente; urbanização e migração. Milhões de pessoas vivem em áreas sob o risco de transmissão da doença. Foi considerada a segunda maior enfermidade transmitida por vetores em termos de número de casos, o que a torna um dos principais problemas de saúde



pública no Mundo (CAPRARA *et al.*, 2009; FAÇANHA, 2013; TEIXEIRA *et al.*, 2009).

A Organização Mundial de Saúde (2002) estimou a ocorrência de mais de 50 milhões de novos casos a cada ano, nos espaços africano; americano; mediterrâneo; asiático e pacífico, o que atribui a essa doença o título de pandemia global, condição que torna imprescindíveis ações de vigilância e intervenções para prevenir a elevação inesperada e descontrolada de incidência de determinada enfermidade, espacial e cronologicamente delimitada, sendo caracterizada como epidemia no âmbito do País (WHO'S 2010; ROUQUAYROL *et al.*, 2013).

Na década de 1980, ocorreu expressiva propagação geográfica da atividade infecciosa da dengue nas Américas (TIMERMAN *et al.*, 2009). A permanência de clima tropical, durante todo o ano, associado aos fatores condicionantes, já citados, possibilitou o avanço da doença no Brasil, desde sua reintrodução em 1976. A dengue já atingiu um nível endêmico no País que alterou os números de morbidade assim como uma magnitude, nos últimos anos, ao ultrapassar a notificação de outras doenças compulsórias (GALLI e F.C. NETO, 2008).

Marcadamente em 1998 ocorreu a primeira grande epidemia, com o registro de mais de 700 mil casos, destacando a região Nordeste do País, com a maior taxa de incidência e o maior número de casos reportados (258.441 casos) (DONALÍSIO e GLASSER, 2012). Esse fato tornou a dengue uma das preocupações da saúde pública brasileira. Na sequência, o País viveu outras três grandes epidemias nos anos de 2002, 2008 e 2010, de forma que apresentou quatro significativos surtos epidêmicos (BRASIL, 2008; BRASIL, 2011). Acredita-se que as epidemias de dengue repercutem negativamente na economia do Brasil mediante o absenteísmo do trabalho e das escolas,

redução do fluxo turístico, colapso dos setores de saúde, em decorrência da alta demanda por atendimento de pacientes nos serviços (COELHO, 2008).

No País, os primeiros programas de controle das doenças transmitidas por vetores datam de 1976, essencialmente centrados no combate químico. O Ministério da Saúde, em 1996, reviu essa estratégia empregada contra o *Aedes aegypti* desde a reintrodução e originou o Programa de Erradicação do *Aedes aegypti* (PEAa). Sem êxito, esse programa teve como méritos as propostas de atuação multissetorial, descentralizada, participação das três esferas de governo, e, ainda, destinação de mais recursos. As ações, no entanto, permaneceram centradas no uso de inseticidas, e mostraram-se absolutamente incapazes de responder à complexidade epidemiológica da doença, igualmente no restante do Mundo (BRASIL, 2002).

Revedo a persistente incidência de dengue, o Brasil buscou estratégias diferenciadas de intervenção para reduzir epidemias e morbimortalidade por dengue, ainda na década de 1980. Com a implantação do Programa Nacional de Controle da Dengue – PNCD, a intervenção se desenvolve seguindo os métodos de controle rotineiro: mecânico, por meio de práticas capazes de impedir a procriação do *Aedes*; biológico, com o uso do *Bacillus thuringiensis israelensis* (*Bti*); legal, mediante a aplicação de normas de conduta regulamentadas por instrumentos legais de apoio às ações de controle da dengue e químico uso racional e seguro de substâncias químicas – inseticidas – para conter o vetor nas fases larvária e adulta (BRASIL, 2002; BRASIL, 2009; FIGUERÓ et al., 2010).

Brassolatti e Andrade (2002) relataram que as formas tradicionais de controle do vetor transmissor trazem limitações para a resolubilidade na reincidência da dengue. As con-

dutas citadas se mostraram ineficazes para conter um vetor com alta capacidade de adaptação ao novo ambiente criado pela urbanização acelerada e pelos novos hábitos (FUNASA, 2003). O próprio Ministério da Saúde admitiu:

[...] o controle vetorial é uma ação de responsabilidade coletiva e que não se restringe apenas ao setor saúde e seus profissionais (BRASIL, 2009, p. 53).

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

A ocorrência de epidemias em diversos países, perdas de vidas e um alto custo político e social levaram a Organização Pan-Americana de Saúde (2009) a propor a estruturação dos programas de controle da dengue nos países, com um enfoque de gestão integrada, em seus diversos componentes de interesse (COELHO, 2008). Em consonância com a OPAS, e em virtude da transmissão expressiva da doença no País, o Governo federal articulou a formulação de ações integradas capazes de controlá-la, bem como garantir atendimento de qualidade, em tempo adequado, reforçando a atuação inter-setorial e a integração entre atenção à saúde e vigilância em saúde, vislumbrando a união do Governo federal, dos estados, dos municípios e da população, para atuarem no combate à dengue (BRASIL, 2011).

Desta forma, presume-se a implementação de soluções integradas para buscar articulação com base em corresponsabi-

lidade, cogestão, compromisso, sustentabilidade e participação com o envolvimento dos gestores públicos, políticos, empresários e outros agentes sociais, para o seu controle, mediante a multicausalidade dessa enfermidade, cuja disseminação recebe influência do contexto social e ambiental (AUGUSTO, CARNEIRO, MARTINS et al., 2005; REZENDE e DANTAS, 2009).

A Ecosaúde, alinhada a essa proposta, incorpora a visão ampliada de saúde, insere-se no enfoque ecossistêmico e conecta a gestão ambiental com a compreensão holística de saúde humana, considerando os fatores sociais, econômicos e culturais inerentes a um ecossistema. Além de integrar-se a educação contínua, vigilância epidemiológica, entomológica e intervenção ambiental, valoriza ainda a construção coletiva das informações, em que os atores sociais participam das demandas ou tomadas de decisões (AUGUSTO, CARNEIRO, MARTINS et al., 2005; OPAS, 2009). A realidade brasileira, entretanto, evidencia a intervenção tradicional no controle da dengue em que o modelo químico é priorizado. Constata-se que há pequena resolubilidade, pois os índices de ocorrência da doença se mantêm ao longo dos anos e apresentam tendências de ascensão para os próximos anos, além de impactos na saúde, ambiente e economia (SANTOS, 2003; TINNO, 2012).

Esta conjuntura aponta para a necessidade da comunidade científica mundial renovar esforços para gerar conhecimentos que possibilitem o aperfeiçoamento e avanço no desenvolvimento de novas ferramentas e estratégias de prevenção da dengue. (TEIXEIRA et al., 2009, p. S16).

A realidade traduz um panorama complexo de reincidência da dengue, vulnerabilidade do País e dificuldade para alcançar o controle de tal enfermidade, ao longo dos anos. Essa

constatação inspirou a realização deste estudo, com o objetivo de revisitar o perfil epidemiológico dos anos epidêmicos nacionais, atribuindo um olhar voltado para o contexto socioeconômico e ambiental; e, sem a pretensão de esgotar as questões retrocitadas, agregar conhecimentos que contribuam para um entendimento em prol da redução dos índices brasileiros da doença.

## **MÉTODODO**

Este é um estudo analítico-descritivo, com abordagem quantitativa, relativo aos anos epidêmicos nacionais de dengue: 1998, 2002, 2008 e 2010. As informações originaram-se de dados de incidência disponíveis na base de dados do Sistema de Informação de Agravos e Notificação – Sinan Net pertencente ao Ministério da Saúde do Brasil.

Foram considerados como população deste estudo os anos epidêmicos retrocitados. Excluiu-se o ano de 1998, em razão da posterior implantação do Sistema de Informação de Agravos e Notificação, o que impossibilitou a coleta criteriosa dos seus dados.

As variáveis estudadas foram: Grupo 1- casos notificados, incidência e casos confirmados e evolução – óbitos; Grupo 2- classificação final- Doença Clássica (DC); Dengue com complicação (DCC); Febre Hemorrágica do Dengue (FHD) e Síndrome do Choque da Dengue, de acordo com as regiões do País: Norte, Nordeste, Centro-oeste, Sudeste e Sul, agrupados e registrados no referido sistema de informação.

Utilizou-se um formulário semiestruturado para a coleta dos dados, que foram inseridos no programa computacional Excel 2010 Microsoft Office do Windows para elaboração gráfica. Posteriormente, fez-se a análise descritiva por meio das frequências absolutas e relativas, por variável e ano. Em

razão da disponibilidade pública dos dados, e por não envolver seres humanos, usou-se o termo de dispensa dos critérios éticos para pesquisa.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

No gráfico 1 observou-se um panorama da distribuição de dengue nas cinco regiões do País. O Sudeste manteve-se com a maior incidência de dengue nas três últimas epidemias nacionais, com variação de 286.929 a 460.791 casos confirmados. Seguiu-se da região Nordeste, nos anos de 2002 e 2008, com 267.746 000 a 180.722 confirmações de dengue, respectivamente. Já a região Centro-Oeste superou os casos do Nordeste, no ano de 2010, com 215.764 casos confirmados.

Ainda no gráfico 1, tanto a região Norte como a região Sul obtiveram aumento significativo do número de casos confirmados na última grande epidemia, equivalente a 97.667 e 41.636 confirmações de dengue, aproximadamente dez e vinte vezes mais em relação ao ano de 2008, concomitantemente.

Gráfico 1 – Taxa de incidência da dengue nas epidemias, conforme a região, 2002, 2008 e 2010.



Fonte: Ministério da Saúde/ SVS- Sistema de Informação de Agravos – Sinan Net.

Verificou-se que o número de casos notificados correspondeu ao total de casos confirmados de dengue, praticamente em 100% das regiões nos anos epidêmicos estudados. E os óbitos foram progressivos a cada epidemia nas regiões que lideravam em número de casos da enfermidade (tabela 1).

A recirculação e predomínio do DENV-2 caracterizou a epidemia de 2008, a qual repetiu o Estado do Rio de Janeiro como centro, com 200.036 (35,61%) das confirmações. Ainda nesse ano, a unidade da Federação que concentrou, em segundo lugar, o maior número de casos foi Minas Gerais, com 49.307 (8,77%), assim como totalizou 489 perdas de vida, predominantemente no Sudeste com 266 (54,4%) dos óbitos, confirmando a transmissão da dengue associada ao contexto de peculiaridades favoráveis a proliferação do *Aedes aegypti* (tabela 1).

A região Sudeste concentra o maior polo industrial do País. Somente o Estado São Paulo possui 41.262,199 habitantes, 21,63%, da população brasileira formada por 190.732.694 pessoas, de acordo com o censo do IBGE de 2010 (IBGE, 2010).

Além do dinâmico desenvolvimento econômico vigente, que gera um padrão de consumismo peculiar, das condições climáticas, densidade demográfica estadual de 365.23, migração da população para os centros urbanos.

**Tabela 1-** Casos notificados, confirmados e óbitos de dengue nos anos de epidemias nacionais, 2002, 2008 e 2010.

Anos das Epidemias	CASOS	NORTE		NORDESTE		CENTRO-OESTE		SUDESTE		SUL		BRASIL	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
2002	NOTIFICADOS	20.290	2,9	267.746	38,1	47.042	6,7	360.109	51,2	8.011	1,1	703.198	100,0
	CONFIRMADOS	20.290	2,9	267.746	38,1	47.042	6,7	360.109	51,2	8.011	1,1	703.198	100,0
	ÓBITOS	5	3,2	56	36,4	14	9,1	77	50,0	2	1,3	154	100,0
2008	NOTIFICADOS	47.506	8,5	180.722	32,2	44.426	7,9	286.929	51,1	2.076	0,4	561.659	100,0
	CONFIRMADOS	47.506	8,5	180.722	32,2	44.426	7,9	286.929	51,1	2.076	0,3	561.659	100,0
	ÓBITOS	42	8,6	140	28,6	38	7,8	266	54,4	3	0,6	489	100,0
2010	NOTIFICADOS	97.675	9,9	169.598	17,2	215.770	21,9	460.806	46,8	41.639	4,2	985.488	100,0
	CONFIRMADOS	97.667	9,9	169.585	17,2	215.764	21,9	460.791	46,8	41.636	4,2	985.443	100,0
	ÓBITOS	73	10,4	127	18,1	189	27,1	296	42,3	15	2,1	700	100,0

Fonte: Ministério da Saúde/ SVS- Sistema de Informação de Agravos – Sinan Net.

\*Nota: Os sorotipos predominantes foram: DENV-3 (2002), DENV-2 (2008) e DENV-1 (2010).

Contexto que traduz uma condição indicativa de degradação ambiental, identificada como um fenômeno do mundo contemporâneo, reflexo das grandes transformações promovidas pela expansão mundial da civilização urbana industrial, que influencia as relações entre o modo de produção e consumo, o ambiente e a saúde acerca das características do modelo de desenvolvimento citado, como também o aspecto social (PÁDUA, 2002; RIGOTTO, 2002).



Cada região brasileira apresentou áreas próprias de concentração de casos. Dentre essas, as regiões Sudeste e Nordeste, juntas, representaram 89,28% dos casos de dengue no ano de 2002, no qual os estados do sudeste brasileiro Minas Gerais, São Paulo e Rio de Janeiro somaram um total de 334.644 (47,58%) casos da doença. Já os estados nordestinos Ceará, Pernambuco e Alagoas bancaram 126.778 (18,02%) dos casos nacionais. Portanto, os referidos estados se mostraram decisivos na transmissão de dengue regionais (65,61%) com repercussão nacional. Em 2008 a situação se repetiu nas regiões e estados já citados, 261.069 e 80.534 casos confirmados. Curiosamente, a região Sul nos três últimos anos epidêmicos somou 51.723 (2,29%) casos e 20 (1,48%) mortes do total nacional.

O quadro de reincidência da doença confirmado pelos dados epidemiológicos poderia estar associada:

Há uma falta generalizada de conhecimentos sobre a dinâmica das práticas comunitárias, sobre o controle de doenças básicas, sobre a ecologia do vetor e um contexto político-econômico mais amplo (CAPRARA et al., 2009, p. 5134).

Come efeito, os enfoques ecossistêmicos em saúde auferem proeminência nos países da América Latina, constituindo um potencial para os modos de compreensão e busca de soluções na saúde pública e, por conseguinte, exigindo uma análise crítica de suas limitações (FUNASA, 2003; OPAS, 2009).

Em 2010, Minas Gerais e São Paulo compreenderam 410.760 casos no Sudeste, e os estados nordestinos Ceará, Pernambuco e Alagoas indicaram 99.155 casos. Nas três últimas epidemias, atribui-se, nacionalmente, um total de 2.250,300 casos de dengue, dos quais 1.655,043 (73,54%) corresponde-

ram ao tipo dengue clássica, predominante nos anos epidêmicos, com variação de sorotipos DENV-3 (2002), DENV-2 (2008) e DENV-1(2010).

Tabela 2 – Distribuição dos casos de dengue por classificação, Brasil, nos anos epidêmicos 2002, 2008 e 2010.

Anos das Epidemias	CASOS	NORTE		NORDESTE		CENTRO-OESTE		SUDESTE		SUL		BRASIL	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
2002	DC*	18.313	3,9	180.716	38,2	39.509	8,3	227.853	48,1	7.280	1,5	473.671	100,0
	DCC**	62	1,3	1.167	24,4	2.856	59,7	689	14,4	13	0,2	4.787	100,0
	FHD***	19	0,7	663	25,5	121	4,7	1.783	68,7	11	0,4	2.597	100,0
	SDC****	2	4,8	13	30,9	5	11,9	21	50,0	1	2,4	42	100,0
2008	DC*	36.371	11,0	123.921	37,5	37.338	11,3	131.522	39,8	1.142	0,4	330.294	100,0
	DCC**	1.067	6,4	2.535	15,2	1281	7,7	11.785	70,7	6	0,0	16.674	100,0
	FHD***	407	10,6	1.417	36,9	260	6,8	1.752	45,6	3	0,1	3.839	100,0
	SDC****	23	20,2	38	33,3	4	3,5	48	42,1	1	0,9	114	100,0
2010	DC*	88.032	10,3	130.785	15,4	175.054	20,6	419.337	49,3	37.870	4,4	851.078	100,0
	DCC**	38	8,5	78	17,5	126	28,3	198	44,4	6	1,3	446	100,0
	FHD***	516	14,2	1.106	30,3	688	18,9	1.238	34,0	96	2,6	3.644	100,0
	SDC****	13	12,7	44'	28,7	30	19,1	51	32,5	11	7,0	156	100,0

Fonte: Ministério da Saúde/ SVS- Sistema de Informação de Agravos - Sinan Net.

\*DC: Dengue Clássica.

\*\*DCC: Dengue com Complicação.

\*\*\*FHD: Febre Hemorrágica da Dengue.

\*\*\*\*SDC: Síndrome do Choque da Dengue.

A última epidemia totalizou 851.078 casos, com a pro-

porção de incidência de 49,3% e 15,4% nas regiões Sudeste e Nordeste, respectivamente. Os casos remanescentes 595.257 (26,45%) se distribuíram nos outros tipos da enfermidade: dengue com complicação - DCC e febre hemorrágica da dengue - FHD (tabela-2). Vale ressaltar que em 2001 o Ministério da saúde adotou a definição DCC para os casos graves que não atendiam os critérios para FHD (SESA, 2013).

Salienta-se que no Estado do Ceará, passados os 27 anos da introdução do *Aedes aegypti*, a doença se instalou de forma endêmica com registros de seis epidemias, até o ano de 2013, caracterizadas por: dengue clássica- DC, dengue com complicações - CCD, febre hemorrágica da dengue - FHD e sorotipos virais - Denv, distribuídas nos respectivos anos: 1987 (DC - Denv - 1), 1994 (DC/FHD- Denv - 1+2), 2001 (DC/DCC/FHD - Denv - 1+2), 2008 (FHD/DCC - Denv - 1+2) , 2011 (DC/DCC/FHD - Denv- 1+ 3+ 4) e 2012 (DC/DCC/FHD - Denv 1+4) (CEARÁ 2013).

No ano de 2011, a incidência de dengue no Ceará foi de 670,98 casos por 100.000 habitantes. Sessenta e três municípios apresentaram incidência acima de 300 por 100.000 habitantes. Outros 47 municípios indicaram incidência de 101 a 300 por 100.000 habitantes e 74 municípios com incidência inferior a 100 por 100.000 habitantes. No último decênio, houve casos da doença em todos os meses, sempre com um predomínio no primeiro semestre, em razão, provavelmente, de fatores como o aumento da pluviosidade, temperatura e umidade (CEARÁ, 2012).

Desde 2001, os casos cearenses de dengue com complicação nos anos de 2008, 2009 e 2011 representaram, respectivamente, o maior número, a maior letalidade (48%) e o maior número de óbitos (49) (CEARÁ, 2012). Até outubro de 2013,

o Ceará apresentou 21.935 casos confirmados em 154 municípios (83,7%). A Capital teve 8.044 casos confirmados (CEARÁ, 2013).

Estas ocorrências funcionam como fatores condicionantes para alterações na epidemiologia da doença, por exemplo, nas epidemias nacionais de 2002, prevaleceu o DENV-3 e houve aumento na gravidade dos casos; 2008, causada pelo DENV-2 teve como marca o aumento de casos graves em crianças; 2010, um novo ciclo de alta transmissão do DENV-1, que acarretou no maior número de óbitos pela doença em ano único, até o momento no País. O período sazonal da dengue no Brasil de 2011 a 2012 denotou novo desafio, com a circulação do DENV-4, criando possibilidade de mais alterações no padrão de ocorrência da doença se esse sorotipo se tornar predominante (SIQUEIRA Jr. et al., 2010).

Percebe-se que a complexidade dos determinantes sociais, políticos e ecológicos afetam a incidência da dengue, sendo propostos domínios para efeito organizacional: 1) ecológico - ecologia e biologia do vetor, o clima (temperatura, precipitação); 2) político-econômico - política social, migração, urbanização, abastecimento de água e coleta de lixo; e 3) nível social - habitação, saneamento básico, abastecimento de água e os entendimentos e práticas de saúde entre a população (CAPRARA et al., 2009).

## **CONCLUSÃO**

Adentrar as realidades epidêmicas de dengue no Brasil, no período compreendido da pesquisa, possibilitou a percepção da complexidade na resolução desta doença, já mencionada em outros estudos, haja vista a sua reincidência em regiões e estados brasileiros, ao longo dos anos, o que denota vasta

condição para que prolifere o *Aedes aegypti*, e consequente transmissão da enfermidade.

Deste modo, foi possível identificar o fato de que, dentre as principais mudanças na epidemiologia da dengue no Brasil, relacionaram-se: o aumento de óbitos na evolução da doença e no passar dos anos; a variedade de sorotipos circulantes que em certos momentos se apresentam predominantes e suficientemente capazes de desenvolver um surto epidêmico, além de interferir nos tipos da doença; e as condições favorecidas pela a capacidade de adaptação do vetor transmissor ao ambiente urbano, que, por sua vez, oferece um arsenal de fatores, como migração, incremento populacional, densidade demográfica, ambiente úmido, índices pluviométricos, lixo na forma de descarte inadequado e comportamento do ser humano, associado às condições socioeconômicas desfavoráveis.

Realidade que demonstra a necessidade de um melhor entendimento dos fatores determinantes da ocorrência dos óbitos por dengue no País, considerando seu tamanho físico com heterogeneidade e diversidade das regiões. Constatada quando as formas mais graves da doença estiveram presentes no ano que predominou o sorotipo DENV-2, fortemente nas regiões Sudeste e Nordeste, diferentemente na região Sul em que os índices foram inexpressivos em relação aos outros estados, fato que pode está associado, inicialmente, à condição climática peculiar.

Na história de programas para o controle do *Aedes aegypti*, desde o ano de 1976, as estratégias utilizadas vão desde o controle mecânico, biológico, legal e químico, instituídas em uma intervenção tradicional, por meio de programas oriundos da esfera federal que muitas vezes não se harmoniza às peculiaridades de cada região ou local. Portanto, sugere-se a

realização de mais pesquisas sobre as epidemias da doença, no intuito de compreender a situação desde uma perspectiva eco-biosocial que possa acrescentar resultados diferenciados, ou, até mesmo, propor outra visão para o controle da dengue, pois se acredita que, para o controle da dengue, é necessário percorrer caminhos alternativos, com enfoque multidisciplinar, somado aos programas tradicionais em curso, com base em estratégias pautadas na participação social, intersetorialidade, sustentabilidade e respeitando as condições socioeconômicas, ambientais, culturais, climáticas e de infraestrutura local vigentes.

## REFERÊNCIAS

AUGUSTO, L. G. S; CARNEIRO, R. M.; MARTINS, P. H. et al. **Abordagem Ecosistêmica em Saúde: Ensaios para o Controle do Dengue**. Recife: Editora Universitária da UFPE; 2005, p. 382.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. **Saúde ambiental** : guia básico para construção de indicadores / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Diretrizes Nacionais para a prevenção e controle de epidemias de dengue**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

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

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

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

CAPRARA, A. et al. Abastecimento irregular de água, seu uso domiciliar e dengue: uma pesquisa biossocial no Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.1, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001300012> Acesso em 07.10.2012.

CEARÁ. **Informe semanal Dengue 2013**, atualizado em 31.05.2013.

CEARÁ. **Informe semanal Dengue 2012**, atualizado em 17.08.2012.

COELHO, G. E. Dengue: desafios atuais. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 17, n.3, p.231-233, 2008.

DONALÍSIO, M.R.; GLASSER, C.N. Vigilância entomológica e controle de vetores do dengue. **Rev. Bras. de Epidemiol.**, São Paulo, v. 5, n. 3, 2012.

FAÇANHA, M. C. Doenças Emergentes e Reemergentes. In: ROUQUAYROL, M.Z.; SILVA, M.G.C. da. **Epidemiologia e Saúde**. Medbook, 7ª ed., Rio de Janeiro, 2013.

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

FUNASA, Fundação Nacional de Saúde. Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Controle do Dengue. <http://www.funasa.gov.br/epi/dengue/dengue0.htm>, 2003.

GALLI, B.; F. C. NETO. Modelo de risco tempo-espacial para identificação de áreas de risco para ocorrência de dengue. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, 2008.

IBGE. Censo demográfico 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>. Acesso em 20.09.2013.

MACIEL, I. J.; SIQUEIRA Jr, J. B.; MARTELLI, C. M. T. Epidemiologia e desafios no controle do dengue. **Rev. de Patolog. Tropical**. v. 37, n. 2, p. 111-130, 2008.

OPAS, Organização Pan-Americana em Saúde. **Enfoques ecossistêmicos em saúde**: perspectivas para sua adoção no Brasil e países da América Latina. Brasília: Ministério da Saúde, v. 2, 2009.

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

REZENDE, R; DANTAS, V. L. A. **Saúde e educação uma relação possível e necessária, ano XIX, Boletim novembro de 2009**. Disponível em: [portaldoprofessor.mec.gov.br/storage/materiais/0000012177.pdf](http://portaldoprofessor.mec.gov.br/storage/materiais/0000012177.pdf).



Acesso em 10.07.2012.

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

ROUQUAYROL, M. Z.; BARBOSA, L. de M. M.; MACHADO, C.B. Processos Endêmico e Epidêmico. In: ROUQUAYROL, M.Z.; SILVA, M.G.C. da. **Rouquayrol Epidemiologia e Saúde**. Medbook, 7<sup>a</sup>. ed., Rio de Janeiro, 2013.

SANTOS, S. L.; AUGUSTO, L. G. S. Modelo multidimensional para o controle da Dengue: uma proposta com base na reprodução social e situações de riscos, 2010. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 177- 196, 2011.

SANTOS, S. L. **Avaliação das ações de controle da dengue: aspectos críticos e percepção da população: estudo de caso em um município do nordeste brasileiro** [Dissertação]. Recife. Centro de Pesquisas Aque Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz, 2003.

SIQUEIRA Jr., J. B.; VINHAL, L. C.; SAID, R. F. C.; HOFFMANN, J. L.; MARTINS, J.; BARBIRATTO, S. B.; COELHO, G. E. Dengue no Brasil: tendências e mudanças na epidemiologia, com ênfase nas epidemias de 2008 e 2010. In: Ministério da Saúde – Secretária da Vigilância Sanitária. **Saúde Brasil 2010: Uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde**. 2010.

TEIXEIRA, M. G; COSTA, M. C. N; BARRETO, F; BARRETO, M. L. DENGUE: Vinte e cinco anos de reemergência no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. S7- S18, 2009.

TIMERMAN, A. *et al.* Primeiro Painel de Atualização em Dengue. **Rev. Panam Infectol**, Rio de Janeiro, v.11, n,1, p.44-51, 2009.

TINNO, P. R. Tecnologia verde no combate À DENGUE-*ECOVEC*: **Especialistas realizam pesquisa para aprimorar solução eficaz e ecologicamente correta no combate à doença**. Disponível em: <http://www.tinno.com.br/pressrelease/tecnologia-verde-no-combate>

-a-dengue/. Acesso em: 26.07.2012.

WHO'S. Denguenet database and geographic information system. Geneva: **World Health Organization**; 2010. Available from: [www.who.int/denguenet](http://www.who.int/denguenet). Acesso em 11 de março de 2012.

WHO'S. DengueNet. Internet-based System for the global surveillance of dengue fever and dengue haemorrhagic fever (dengue/DHF). Dengue/DHF, global public health burden. Weekly epidemiological Record, Geneva, v. 77, p. 300-304, 2002. Disponível em: <<http://www.who.int/denguenet>>. Acesso em: 10 jan. 2006.

# CAPÍTULO 4

## PRODUÇÃO EXCESSIVA E DESCARTE DOS RESÍDUOS SÓLIDOS: DESAFIO NA ELABORAÇÃO DE UMA POLÍTICA DE CONTROLE DA DENGUE

*Cyntia Monteiro Vasconcelos Motta*

*Andrea Caprara*

*Ruana Alvarez Fontenele*

*Adriana Ponte Carneiro*

*Rafaela Pessoa Santana*

*Annatália Meneses de Amorim Gomes*

### INTRODUÇÃO

Algumas doenças transmitidas por vetores têm alcançado o caráter endêmico em diversas regiões, o que acarreta elevado impacto à saúde e aos gastos públicos. Estima-se que 40% da população mundial vive em situação de risco de contrair a dengue, atualmente a mais importante arbovirose em todo o mundo, responsável por até 50 milhões de infecções por ano (VANLERBERGHE et al., 2011; FARRAR et al., 2007).

Historicamente, no Brasil, a dengue foi considerada erradicada (TEIXEIRA et al.; 2009), porém as transformações ambientais, a urbanização acelerada e as deficiências de infraestrutura, saneamento básico e educação provocaram a persistência do vetor. São diversas as condições de organização social do espaço urbano que influenciam a oviposição e a consequente proliferação do mosquito. Para exemplificar, em áreas mais pobres, a frequente intermitência ou mesmo inexis-

tência de abastecimento de água potável pode favorecer a formação de criadouros de mosquitos com os depósitos e reservatórios de armazenamento de água (CAPRARA et al., 2009; TEIXEIRA et al., 2009).

Além disso, o *Aedes aegypti*, principal vetor da dengue, se multiplica facilmente em reservatórios artificiais, e, quando os espaços urbanos registram coleta de lixo ineficaz, ou quando recipientes, depósitos, garrafas, dentre outros materiais, são descartados e expostos ao ar, podem acumular água e se tornar criadouros potenciais (LEFÈVRE et al., 2007).

Ainda que o tema dos resíduos sólidos urbanos seja considerado preocupação mundial, pouco se conhece sobre os efeitos à saúde causados pela disposição do lixo a céu aberto, a coleta inadequada e as práticas sanitárias da população relativamente a estes resíduos (RÊGO et al., 2002, CATAPRETA, HELLER, 1999). Além dessa problemática, diversos autores observaram que apenas a aquisição de conhecimento sobre a temática não é capaz de conduzir a população à realização de práticas adequadas quanto ao efetivo controle dos criadouros do vetor (MONTES, et al., 2012; CLARO, TOMASSINI, ROSA, 2004).

Com o intuito de transformar essa realidade, diversos esforços foram realizados, como os planos de controle e prevenção da dengue, entretanto não obtiveram êxito. A necessidade de uma abordagem mais integrada e sustentável se torna cada vez mais evidente. Com efeito, a abordagem ecossistêmica (EcoSaúde) propõe visão mais ampla, pois articula os fatores ecológicos, biológicos e sociais no que tange a problemática da dengue, em que a compreensão dessas interações visa a uma possível eficácia das ações da gestão e também promove melhor compreensão da dinâmica da mudança que pode ocorrer.

rer como resultado de mudanças ecológicas e/ou atividades de controle dos vetores (WEBB, 2010; ELLIS, WILCOX, 2009; WALTNER-TOEWS, 2001).

Em decorrência das limitações dos programas atuais de controle da dengue, faz-se necessário um estudo com o objetivo de analisar o contexto socioambiental e os hábitos populares em relação ao lixo domiciliar que contribuem para o incremento do número de casos de dengue, de forma a fornecer subsídios para a estruturação de uma abordagem ecossistêmica com foco na participação da comunidade na contenção dos fatores que contribuem para a disseminação da dengue.

## **Metodologia**

Este é um ensaio descritivo, do tipo qualitativo, em que foram realizadas observações participantes, durante o trabalho dos agentes de endemias, nas residências de nove bairros do Município de Fortaleza, Ceará. Aprofundou-se o tema por meio de entrevistas etnográficas com nove agentes de endemias (um agente para cada quadricula dos bairros selecionados) e com a comunidade.

Trata-se de um recorte referente a um estudo multicêntrico desenvolvido em parceria com seis países da América Latina. O período dedicado à execução da coleta de dados registrou-se nos anos de 2010 e 2011, com suporte em uma análise situacional entomológica e etnográfica da dengue em cada localidade. Na realização desta pesquisa, obedeceu-se à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), que regulamenta os aspectos ético-legais da pesquisa em seres humanos, mediante a aprovação do projeto “guarda-chuva” pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará.

Como parte de um estudo entomológico e etnográfico, fez-se necessária a escolha das localidades a serem estudadas. Assim, um técnico utilizou o *software AutoCad Map*, com processo de definição de um polígono de 200 metros por 200 metros (quadrícula de 200x200m), de forma que se fez o recorte das quadrículas que ficavam internas aos limites municipais de Fortaleza.

Após a divisão, as quadrículas foram numeradas e tomadas aleatoriamente, em um total de dez quadrantes, que foram denominadas de agregados. A coleta de dados foi realizada em nove dos dez agregados, tendo sido um deles excluído, em razão da grande vulnerabilidade induzida pela violência urbana da região.

Sessenta e seis visitas observacionais foram realizadas, nos nove agregados selecionados, com uma análise especial dos critérios: 1 Rotina dos moradores do agregado; 2 Os habitantes e sua relação com o ambiente em que vivem e 3 Relação específica com o lixo. Trinta e uma entrevistas foram gravadas e transcritas, e as observações-participantes, bem como as conversas informais com os moradores da área, foram anotadas em diários de campo e, posteriormente, codificadas, analisadas e interpretadas.

Adotou-se, como ferramenta para organização e análise dos dados da pesquisa, o *software Qualitative Solutions Research N-vivo (QSR), versão 2.0*. Inicialmente, foram realizadas leituras sucessivas para atingir uma compreensão geral do sentido dos textos e, em seguida, cada transcrição de entrevista e nota de diário de campo foi importada para o *software* em um arquivo *rich text*. Após esse passo, durante a leitura de cada arquivo, relacionaram-se passagens dos textos a categorias que os pesquisadores desenvolveram, com base nos seus objetivos

e na compreensão geral do texto (KELLE, 2012). A esse passo denomina-se codificação, e a cada categoria o *software N-vivo* denomina de *node*. Para este estudo, as passagens foram relacionadas a *free nodes*, ou seja, códigos livres ou não hierárquicos. A lista resultante das passagens dos textos selecionados foi exportada para o *software Microsoft Word 2007*, e assim os dados puderam ser interpretados pelos pesquisadores.

## **Resultados e discussão**

### **Hábitos populares e responsabilidade pública em relação ao lixo**

O crescimento populacional e o avanço tecnológico passaram a produzir uma grande quantidade e diversidade de resíduos sólidos que demandam tratamento e disposição adequados (SANTOS; SILVA, 2011), pois são constantes a produção e sua conseqüente eliminação. Nos aglomerados inseridos na pesquisa, os sujeitos percebem que o problema não é a coleta de lixo, visto que, em todos eles, a recolha acontece regularmente em uma periodicidade de três vezes por semana, com exceção de pequenas travessas em um dos aglomerados, que, por serem muito estreitas e sem saída, impedem a passagem do caminhão da coleta e obriga os moradores a depositarem o lixo em outra via pública. Mesmo com a coleta de lixo regular, porém, muitos aglomerados apresentam resíduos sólidos mal acondicionados e, algumas vezes, até espalhados pelo caminho, o que impossibilita a empresa contratada pela Prefeitura de realizar devidamente a coleta de lixo.

Mas lixo tem, o povo tem mania de colocar lixo na praça. Praça não é pra botar lixo. Se a coleta passa três vezes na semana, tem que botar lixo três vezes na semana. Depois

que o caminhão de lixo passa é que você vai ver o lixo na rua. Assim não tem condições. (Sra. A, moradora da Cidade 2000).

Quanto ao problema do acondicionamento, enquanto alguns entrevistados pensam que o problema surge da população, que não condiciona bem o seu lixo domiciliar, outros assinalaram que o problema vem da própria sistemática da coleta, pois acreditam que a frequência de três vezes por semana não seria adequada.

Olhe... Uma coleta de lixo tem que ser diária, porque você produz lixo todo dia. Então, se ela passar dois dias, por exemplo, passa no sábado, você guarda o lixo do domingo, da segunda e vai passar de novo só terça à noite. (Sra. B, moradora do bairro Parreão).

A fala imediatamente anterior faz referência a uma problemática para alguns moradores. Muitos sabem que o acúmulo de lixo e o seu mau acondicionamento podem acarretar uma série de agravos, não somente pelo acúmulo de água e, conseqüentemente, a produção de criadouros do mosquito da dengue, mas também por sua capacidade de transmitir doenças diretamente ou por outros vetores. A coleta de lixo com a frequência de apenas três vezes por semana, entretanto, obriga os moradores a manterem aquele lixo em seus domicílios até a espera da próxima coleta, em que devam pô-los bem ensacados. É perceptível, nas falas e nas observações realizadas, que a população tem consciência do excesso de lixo produzido e que ainda há um descontentamento desta em manter o lixo em casa até o próximo dia de coleta. Isso acarreta o mau acondicionamento e um possível despejo do lixo domiciliar em lo-



cais inadequados, como terrenos baldios. Segundo Medronho e colaboradores (2009), acerca dos criadouros em potencial da dengue, os recipientes não retornáveis, como latas, garrafas e resíduos de plástico, são comumente encontrados descartados de forma inadequada nos países em desenvolvimento.

De toda forma, a realidade traz a reflexão a respeito da demasiada produção de resíduos sólidos nos dias atuais, fruto do capitalismo, do crescimento econômico, do consumismo e do desperdício (SIQUEIRA; MORAES, 2009). Velloso (2010) comenta que todo processo de produção produz restos que vão sendo acumulados em depósitos de lixo, e esta sobra será enviada por meio da coleta para um local distante do convívio social, o que facilita o esquecimento da sociedade sobre o problema original que é sua produção em excesso.

Além da abundante produção de lixo, nos diários de campo elaborados durante a pesquisa, foi notada uma situação que mantém grande relação com o contexto da dengue, como na nota de campo a seguir:

Dona C aparentemente conhecia bem sobre a dengue e cuidava sempre para não deixar água parada, limpava as vasilhas. Seu quintal, porém, guardava muita sucata e entulho. Tivemos a oportunidade de observar o quintal, e realmente havia muito entulho lá. (Diário de campo no bairro do Pici)

O conceito de lixo equivalente ao conceito de resíduos sólidos sugere todo material que é desprovido de utilidade para o seu possuidor, e, assim, materiais sem utilidade se amontoam indiscriminada e desordenadamente (MUCELIN; BELLINI, 2008). Na nota imediatamente anterior, um dos pesquisadores observa que a moradora C achava que estava

agindo corretamente e prevenindo a doença, por meio da limpeza das vasilhas para evitar o acúmulo de água parada. Manter entulhos e sucatas descobertos no quintal, entretanto, pode também favorecer a permanência de água parada e, assim, a proliferação do mosquito transmissor da dengue.

Moraes (2007) mostrou associação significativa entre o tipo de acondicionamento e a coleta dos resíduos sólidos sob responsabilidade pública e o impacto na saúde das crianças. Com os resultados deste estudo, o autor sugere que tanto medidas de domínio doméstico, como o tipo de acondicionamento domiciliar, quanto medidas de domínio público, como a prestação de serviço de coleta domiciliar regular de resíduos sólidos, contribuam para controlar a transmissão de algumas doenças.

Para tanto, as falas remetem ao questionamento além da produção de resíduos, mas também ao acúmulo de materiais sem utilidade no interior das residências, principalmente nos quintais, bem como instiga a reflexão sobre se haveria alguma função ou se é apenas um apego que as pessoas costumam adquirir por materiais sem utilidade.

As pessoas acumulam lixo. [...] A gente até ajuda o pessoal da prefeitura a manter sempre o zelo, porque a gente coloca o lixo na rua bem ensacado. Mas vêm os catadores, pegam e tiram. A gente coloca lá e eles fazem uma bagunça. A dengue se agrava por causa da profissão de catador, eles até guardam o lixo em casa, isso é reservatório. (Sr. Funcionário de uma lanchonete no Centro).

Já na última fala, a problemática é outra: além da coleta sob responsabilidade pública, é comum encontrar a figura do catador de materiais recicláveis, profissionais desprovidos de qualquer direito trabalhista, que sobrevivem do lixo, traba-

lhando em condições precárias (PEREIRA; TEIXEIRA, 2011). Dessa forma, esses profissionais catam e separam do lixo o material reciclável numa quantidade que seja suficiente para vender (MEDEIROS, MACÊDO, 2006). Esse fato reflete um pouco sobre o dinamismo do conceito de lixo, pois o que é lixo para algumas pessoas pode ser de grande utilidade para outras.

O trabalho envolve abrir os sacos e procurar qualquer material que possam utilizar para reciclagem; e a “*bagunça*” relatada na fala se refere ao fato de que o lixo, após ser manuseado pelos catadores, permanece mal acondicionado e espalhado nas ruas. A reclamação da comunidade ficou evidenciada no fato de que, ao catar o material reciclável, esses trabalhadores passam a deixar o lixo em péssimas condições de acondicionamento, aumentando a possibilidade desses resíduos se tornarem criadouros do mosquito.

Em decorrência da tecnologia precária do processo de trabalho, da vulnerabilidade e situações de pobreza, é imprescindível estabelecer políticas públicas favoráveis ao exercício efetivo dos direitos desse grupo de trabalhadores (PEREIRA; TEIXEIRA, 2011; VELLOSO; VALADARES; SANTOS, 1998), orientações sobre o processo de trabalho e educação ambiental capazes de contribuir para valorizar o trabalho como também concorrer para a questão ambiental (SANTOS; SILVA, 2009).

### **Automatismo no descarte inadequado do lixo domiciliar**

Quando o lixo ainda era primordialmente orgânico, a comunidade, principalmente rural, adquiriu um costume: todos os restos eram lançados nas proximidades, no quintal e ali aquele lixo era normalmente decomposto ou mesmo servido como alimentação para animais. A problemática acompanhou e acompanha até hoje os costumes de algumas comunidades,

principalmente daquelas que mantêm características rurais, e passa a ocorrer mesmo quando os materiais lançados não são orgânicos, com a possibilidade de se transformarem em criadouros do mosquito da dengue (MOTTA et al, 2011).

Um dos aglomerados incluídos na pesquisa, do bairro Passaré, mantém essa característica rural, e essa realidade é observada nas falas de um dos diários de campo:

O agregado é muito calmo, pouco movimentando. A impressão que dá é a de que estamos em um interior meio abandonado. Tem muitas árvores, muitas plantas, muitos terrenos baldios, muitos cachorros vagando pelo meio das ruas. Falando em ruas, nenhuma é asfaltada. Todas as ruas são somente de areia e pedras. Devido às chuvas, tinham muitos buracos, o que algumas vezes dificultava a nossa caminhada, pois os caminhos estavam tortuosos, esburacados e com bastante água e lama. [...]. Criação de galinhas é o que não falta no local, quase todos os moradores possuem. Percebemos a presença de muito lixo espalhado na rua. Tinha desde restos de comida a pratinhos de plástico. Logo que paramos em frente para bater fotos, um morador que vinha de bicicleta parou do nosso lado e começou a conversar com a gente sobre aquela cena. Disse que achava isso um absurdo, que aquela sujeira trazia várias doenças, que não deviam fazer aquilo [...]. Ele afirmou que uma moradora da rua tinha feito uma festinha de aniversário no dia anterior e era a culpada por todo aquele lixo. (Diário de campo do aglomerado do bairro Passaré).

Após um mês, os pesquisadores retornaram ao local onde a suposta moradora havia despejado os restos inorgânicos da festa de aniversário, e os resíduos plásticos, como copos, pratos e talheres descartáveis, continuavam ali. Alguns, inclusive, já apresentavam água em seu interior, servindo de meio propício para o surgimento de focos da dengue.

Até o início do século passado, o lixo gerado pela população era composto de restos de comida, excrementos de animais e outros materiais orgânicos e reintegrava-se aos ciclos naturais. Com a industrialização, porém, o lixo foi se tornando um problema. A sociedade moderna rompeu os ciclos da natureza, produzindo o lixo. Esses novos restos não retornam ao ciclo natural com a facilidade dos materiais orgânicos (SILVA, TORRE, 2008).

Outra causa da dengue [...] eu diria que é a falta de educação da própria população. Lixo na rua. Acumulação de lixo na rua. Aí, vai acumulando e vai aumentando. E não é porque não tem carro do lixo, porque nós temos três dias que a coleta passa. O problema disso é a educação da própria população. [...]. Mesmo antes desses casos de dengue, a gente vem batendo sempre na mesma tecla, e, mesmo assim, tá sendo sempre repetido. Tem até um senhor que tem um quintal enorme na casa dele, e a gente sempre se juntava e limpava o quintal dele. Aí eu disse: “Não, nós estamos errados”. A gente tem que ensinar, mas quem tem que fazer é ele. Eu não posso sair da minha casa e fazer por ele. Por que eu tenho que limpar o quintal dele? Se ele é igual a mim, pode fazer igual a mim. O que está

faltando é a própria população. (Líder comunitária do bairro Quintino Cunha).

Com base na fala imediatamente anterior, pode-se perceber que alguns atores sociais da própria comunidade com a visão de que a transformação é possível e será eficaz, desde o momento em que a Educação Ambiental for inserida em diversas redes de apoio, nas escolas e nos diálogos comuns de uma comunidade.

A líder comunitária anota que realizou diversas ações, objetivando mudanças na questão do lixo e no controle da dengue, como a limpeza dos quintais onde normalmente há o descarte inadequado de lixo, mas percebeu que se mobilizar para limpar o quintal no lugar do próprio dono não é eficaz. Para ela, as ações não devem ser contingenciais, e, somente com base em um processo longo de educação, é possível romper o automatismo do despejo inadequado.

Eu creio que a população tinha que ter mais consciência. Porque o conhecimento que já foi repassado por televisão, pela gente mesmo, eu acho que já é bem amplo. E para eles tanto faz como tanto fez! [...]. A gente não pode chegar com um saco de lixo e ir lá no quintal da população e limpar, porque como eu te falei, ela vai ficar acomodada e vai esperar o agente passar dois ou três meses depois para fazer aquilo de novo. Eu tenho o pensamento de que deve trabalhar mais para conscientizar mais a população. (Agente de endemias do Pici).

O aumento no uso de embalagens descartáveis para produtos industrializados contribui para o acúmulo de recipientes que se tornam possíveis focos do mosquito. Essas embalagens

são descartadas ou reaproveitadas pela população com finalidades diversas. São mantidas no espaço doméstico, quase sempre mal acondicionadas, em função das condições precárias dos domicílios (CLARO, TOMASSINI, ROSA, 2004).

A líder comunitária concorda com a ideia de que o trabalho de orientação da população é importante, mas a informação, desvinculada e rara, não é capaz de produzir mudanças, muito menos de romper o automatismo do descarte do lixo. Por isso alguns sujeitos sugerem um espaço maior para discutir o tema dos resíduos sólidos.

Heintze e colaboradores (2007) afirmam que o comportamento humano é influenciado por fatores sociais, culturais, econômicos e políticos, e que seus hábitos podem aumentar ou diminuir o risco de infecção de dengue, dependendo da relação com o vetor. Dessa forma, para que a população assuma a responsabilidade de controle da dengue e de mudanças de hábitos, os moradores devem ser convencidos da importância de uma parceria com o governo, a fim de desenvolver programas efetivos e sustentáveis para o controle do mosquito.

Com suporte na metodologia de pesquisa-ação, uma experiência realizada na Argentina constituiu-se espaços para diálogo e trabalho conjunto com a comunidade, a fim de incrementar a problemática ambiental local. Ao longo dessa intervenção, os pesquisadores registraram diferenças significativas entre nível de conhecimento e práticas sociais positivas no contexto da dengue e ainda puderam perceber que a escola, com sua educação formal, bem como a educação informal obtida nas proximidades dessas escolas, se mostraram como os principais espaços comunitários na constituição da promoção da saúde para fomentar as práticas ambientais saudáveis (SCHWEIGMANN et al, 2009).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste estudo, percebeu-se que os sujeitos têm consciência da produção excessiva de lixo em suas residências, bem como foram observados hábitos inadequados de descarte de recipientes artificiais a céu aberto, o que contribui para a proliferação do vetor da doença. Em contrapartida, há pouca disponibilidade para reflexão e diálogo, a fim de uma educação e conscientização ambientais na prevenção da dengue.

Foi verificada a complexidade que diz respeito a relação entre dengue e resíduos sólidos. Com isso, uma interrupção de uma série de comportamentos maléficos nesse contexto, provocada por uma mudança cultural na população brasileira, seria de grande valia, para que, assim, fosse reduzida a proliferação do mosquito vetor da doença.

É reconhecida a necessidade de integrar diversos setores do poder público para estabelecer uma nova política de controle da dengue e repensar, com a população e profissionais de saúde, a resolubilidade de ajustes para um controle da doença diferente daquele tradicional, alinhado ao lançamento de produtos químicos, verticalizado e sem participação comunitária. Quanto ao lixo domiciliar, a política deve repensar o contexto da coleta dos resíduos sólidos nos municípios e reconhecer a importância da educação e conscientização ambiental, para reduzir a demasiada produção de lixo e, por consequência, as diversas doenças geradas por este, com os quais convivemos na atualidade.



## REFERÊNCIAS

BRASIL. Resolução CNS nº 196, de 10 de Outubro de 1996. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 201, p. 21082, 16 out. 1996. Seção 1.

CAPRARA, A, LIMA J. W. O., MARINHO, A. C. P, CALVASINA, P. G., LANDIM, L. P., SOMMERFELD J. Irregular water supply, household usage and dengue: a bio-social study in the Brazilian Northeast. **Cadernos de Saúde pública**, v. 25, supl. 1, p. 125-136, 2009.

CATAPRETA, C. A. A. HELLER, L. Associação entre coleta de resíduos sólidos domiciliares e saúde, Belo Horizonte (MG), Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 5, n. 2, 1999.

CLARO, L.B.L., TOMASSINI, H. C. B., ROSA, M. L. G. Prevenção e controle do dengue: uma revisão de estudos sobre conhecimentos, crenças e práticas da população. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(6):1447-1457, nov-dez, 2004

ELLIS, B. R.; WILCOX, B. A. The ecological dimensions of vector-borne disease research and control. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, supl. 1, 2009.

FARRAR, J., FOCKS, D., GUBLER, D., BARRERA, R., GUZMAN, M. G., e col. Towards a global dengue research agenda. *Tropical Medicine and International Health*, v. 12, p. 695-699, 2007.

HEINTZE, C., GARRIDO, M.V., KROEGER, A. What do community-based dengue control programmes achieve? A systematic review of published evaluations, **Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene**, v. 101, n. 4, p. 317-325, 2007.

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

LEFÈVRE, A. M. C. et al. Representações sobre dengue, seu vetor e ações de controle por moradores do município de São Sebastião, litoral norte do estado de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 7, p. 1696-1706, 2007.

MEDEIROS, L. F. R.; MACÊDO, K. B. Catador de material reciclável: uma profissão além da sobrevivência? **Psicologia e Sociedade**, v. 18, n. 8, 2006.

MEDRONHO, R. A.; MACRINI, L.; NOVELLINO, M.; LAGROTTA, M. T. F.; CÂMARA, V. M.; PEDREIRA, C. E. *Aedes aegypti* immature forms distribution according to type of breeding site. **American Journal of Tropical Medicine and Hygiene**, v. 80, n. 3, p. 401-104, 2009.

MONTES, G. A. A., ARAÚJO, R., LEONTISINI, E., HERRERA, G.O., CERNA, E. F. Un programa escolar para el control del dengue en Honduras: del conocimiento a la práctica. **Revista Panamericana de Salud Publica** 31(6), 2012. P. 518-522.

MORAES, L. R. S. Acondicionamento e coleta de resíduos sólidos de crianças residentes em assentamentos periurbanos de Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 4, 2007.

MOTTA CMV, CAPRARA A, PEIXOTO ACR, MIRANDA, MSL. “Como deixar esse hábito de rebolar no mato?” Percepção de atores sociais envolvidos no contexto da dengue no município de Fortaleza-CE. **Anais do V Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde**. 2011.

MUCELIN, C.A., BELLINI, M. Lixo e impactos ambientais perceptíveis no ecossistema urbano. **Sociedade e natureza**, v. 20, n.1, p. 111-124, 2008.

PEREIRA, M. C. G., TEIXEIRA, M. A. C. A inclusão de catadores em programas de coleta seletiva: da agenda local à nacional. **Cadernos EBAPE.BR**, v. 9, n. 3, p. 895-913, 2011.

RÊGO, R. C. F., BARRETO, M. L., KILLINGER, C. A. O que é lixo afinal? Como pensam mulheres residentes na periferia de um grande centro urbano. **Cadernos de saúde pública**, v. 18, n. 6, p. 1583-1592, 2002.

SANTOS, G. M.; SILVA, L. F. F. Há dignidade no trabalho com o lixo? Considerações sobre o olhar do trabalhador. **Revista Mal-estar e subjetividade**, v. 9, n. 2, 2009.

SANTOS, G. O.; SILVA, L. F. F. Os significados do lixo para garis e catadores de Fortaleza (CE, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 8, p. 3413-3419, 2011.

SCHWEIGMANN, N., RIZZOTTI, A., CASTIGLIA, G. et al. Información, conocimiento y percepción sobre el riesgo de contraer el dengue en Argentina: generar estrategias locales de control. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, supl. 1, p. 137-48, 2009.

SILVA, E. A.; TORRE, M. B. R. Disposição de resíduos sólidos urbanos: um estudo de caso a partir das concepções de moradores das comunidades de Moranguinho/metrô, Areia Branca. **Revista Brasileira de Gestão Ambiental**, v. 2, n. 1, 2008.

SIQUEIRA, M. M.; MORAES, M. S. Saúde Coletiva, resíduos sólidos urbanos e os catadores de lixo. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 6, 2009.

TEIXEIRA, M. G., COSTA, M. C. N., BARRETO, F., BARRETO, M. L. Dengue: twenty-five years since reemergence in Brazil. **Cadernos de saúde pública**, v. 25, supl. 1, p. 7-18, 2009.

VANLERBERGHE, V., ELCI VILLEGAS, MILAGROS OVIEDO, ALBERTO BALY, AUDREY LENHART, P. J. MCCALL, PATRICK VAN DER STUYF. "Determinants of uptake, short-term and continued use of insecticide-treated curtains and jar covers for dengue control." **Tropical Medicine and International Health**, v. 16, n. 2, p. 162-173, 2011.

VELLOSO, M. P. Da produção de lixo à transformação do resto. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 4, 2010.

VELLOSO, M. P., VALADARES, J. C., SANTOS, E. M. A coleta de lixo domiciliar na cidade do Rio de Janeiro: um estudo de caso baseado na percepção do trabalhador. **Ciências e Saúde coletiva**, v. 3, n. 2, p. 143-150, 1998.

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

WEBB, J. C. e col. Tools for Thoughtful Action: The Role of Ecosystem Approaches to Health in Enhancing Public Health. **Canadian Journal of Public Health**, v. 101, n. 6, 2010.

# CAPÍTULO 5

## O DESAFIO DE FORMAR PARA O SUS: ANÁLISE DA FORMAÇÃO EM SAÚDE DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA DO CEARÁ

*Nádia Nogueira Gomes*

*Maria Marlene Marques Ávila*

*Ranniere Gurgel Furtado de Aquino*

*Danielly Maia de Queiroz*

*Álvaro Magalhães Cavalcante Pereira*

### INTRODUÇÃO

Ao Sistema Único de Saúde (SUS) cabe ordenar a formação dos recursos humanos em saúde e estabelecer políticas de articulação entre o trabalho e a Educação em Saúde (BRASIL, 1988), e isso implica contribuir para a formação do perfil profissional requerido para melhor atender às necessidades de saúde da população brasileira.

Essa formação também depende das instituições de ensino superior (IES), cujas metodologias de ensino-aprendizagem influenciam substancialmente no amanhã do futuro profissional, afinal, um dos entraves observados no processo formativo é a utilização de metodologias tradicionais, que ainda perdura em muitas IES, mesmo com a existência de vários estudos que questionam sua efetividade (CUNHA et al., 2001; VILELA; MENDES, 2003; ALVES; AERTS, 2011).

Com efeito, se percebe certa resistência das IES em operar mudanças, perpetuando modelos pedagógicos essen-

cialmente conservadores (CECCIM; FEUERWERKER, 2004), onde “qualquer possibilidade de modificar padrões e modelos causa desconforto, medo e resistência” (CARVALHO; CEC-CIM, 2012: 166). Essa resistência pode se relacionar à influência do modelo flexneriano, fundamentalmente biologicista e hospitalocêntrico, que contribuiu diretamente com a elaboração de currículos fragmentados, baseados em metodologias de ensino tradicionais, centradas no professor (BELEI; GIMENIZ-PASCHOAL; NASCIMENTO, 2008).

Uma vez que formar sempre foi muito diferente de informar (CECCIM; FEUERWERKER, 2004), a substituição dessas metodologias tradicionais por metodologias ativas de ensino-aprendizagem é defendida, de forma que a se pretender que os estudantes sejam sujeitos da busca de seu aprendizado, com o auxílio do professor atuando como facilitador do processo e incentivador do ato de aprender fazendo.

Nesse sentido, é importante pensar em referenciais pedagógicos que suscitem uma formação com abordagem crítica, reflexiva, contextualizada, dialógica e humanizada, a exemplo dos relevantes pressupostos freireanos (FREIRE, 2011), e uma educação baseada na aprendizagem significativa, como propõe a Política de Educação Permanente, com possibilidade de transformar as práticas profissionais, e permita aos diversos sujeitos envolvidos que assumam o compromisso ético-político com o SUS (BRASIL, 2009).

Assim, a formação de profissionais mais bem preparados para atuar no SUS ainda é um desafio e precisa ser olhada criticamente, para ser entendida com profundidade e, então, transformada. Por conta disso, justifica-se a realização de um estudo que responda à necessidade de reflexões sobre a forma-

ção que está sendo oferecida aos estudantes das diversas profissões da área da saúde.

Efetivamente, um estudo como este é relevante pelas contribuições dadas à sociedade baseada nas informações obtidas e considerações tecidas, uma vez que estas podem auxiliar na transformação dos processos formativos, com vistas a formar profissionais mais bem preparados e, conseqüentemente, oferecer melhores serviços de saúde à população.

O objeto desta pesquisa é, portanto, a formação oferecida pelo Curso de Graduação em Medicina da Universidade Estadual do Ceará (UECE), e o objetivo é analisar esse processo formativo, com ênfase nas metodologias de ensino-aprendizagem utilizadas.

## **METODOLOGIA**

O objeto deste estudo é a formação realizada pelo Curso de Graduação em Medicina ofertado pela UECE, sendo, portanto, caracterizado como um estudo de caso.

Foram incluídos como sujeitos da pesquisa os estudantes matriculados na disciplina Estágio Curricular, do curso de Medicina da UECE (80 alunos). Esta escolha decorreu do fato de tais pessoas se encontrarem no período final de sua formação de médicos, o que possibilita maior entendimento e visão crítica sobre este processo. O critério de exclusão adotado foi a não realização da disciplina Estágio Curricular, embora constando a matrícula. Assim, participaram do estudo 29 sujeitos, sendo a saturação teórica o critério de delimitação do número de informantes.

A coleta de dados ocorreu de agosto a novembro de 2013, tendo sido feita, previamente, solicitação à coordenação

do curso de Medicina de um espaço na pauta na reunião mensal do colegiado para apresentação da proposta. A seguir, foi solicitado à coordenação o acesso ao Projeto Político-Pedagógico (PPP) do curso e aos planos de ensino, constituindo-se a análise destes documentos passo essencial para a fase das entrevistas realizadas posteriormente.

As entrevistas foram efetuadas individualmente por meio de um roteiro semiestruturado. O registro foi feito mediante gravação de voz e os depoimentos dos discentes foram identificados na apresentação dos resultados pelo número da entrevista e pelo semestre ao qual pertencia o estudante. Por exemplo, para a primeira da lista de entrevistas realizadas, feita com um aluno do décimo segundo semestre (Internato II), utilizou-se “A1S12”.

Os alunos foram contatados inicialmente por meio de telefonemas, e as entrevistas eram então marcadas conforme sua disponibilidade. Além disso, também foram fontes de dados as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o Curso de Medicina, o Projeto Político-Pedagógico (PPP) e os Planos de Ensino do Curso de Medicina da UECE.

Após a realização da entrevista semiestruturada e da pesquisa documental, com o apoio do referencial teórico desta investigação, buscou-se promover o diálogo entre os dados coletados, por meio da triangulação dos métodos, como referido por Souza et al. (2005), e que constitui um dos pontos que garantem a confiabilidade da pesquisa qualitativa, considerando a possibilidade de contradições entre os fenômenos quando vistos sob diversos ângulos (GASKELL, BAUER, 2002).

Nesta perspectiva, inicialmente se confrontaram as recomendações contidas nas DCN da graduação em Medicina e os conteúdos do PPP e dos planos de ensino do curso de



Medicina da UECE, observando-se as aproximações e distanciamentos das duas propostas.

Avançando na análise, buscou-se identificar se as propostas do PPP e dos planos de ensino e a percepção do curso que emergiu das entrevistas são coerentes, tudo isso voltado para as metodologias de ensino-aprendizagem.

O projeto de pesquisa cumpriu todas as normas da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (BRASIL, 2012). Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UECE, sob o parecer Nº 388.536. Todas as informações coletadas por meio das entrevistas tiveram a garantia de confiabilidade, de modo a não permitir a identificação e garantir a segurança dos sujeitos. A adesão como informante foi expressa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O Projeto Político Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina da UECE traz como um dos princípios gerais de sua elaboração a “ampliação e o fortalecimento de estratégias pedagógicas que favoreçam a auto-aprendizagem”, considerando que a orientação pedagógica possibilitará aos estudantes serem sujeitos da busca de seu aprendizado, com o auxílio do professor que atua como facilitador do processo e incentiva o ato de aprender fazendo (UECE, 2012, p. 24).

Além desse, outro princípio geral da organização da matriz curricular é a ênfase no aprendizado prático, no qual o estudante, com participação dos profissionais dos serviços e dos professores, adquire responsabilidade progressiva e crescente, na perspectiva da permanente melhoria do atendimento à população (UECE, 2012, p. 25).

Além disso, a UECE estabelece, como um de seus valores, a auto-aprendizagem, definida como habilidade para o desenvolvimento ativo e com senso crítico do conhecimento, fortalecida pela integralização curricular que propõe metodologias de ensino-aprendizagem as quais visem a despertar a motivação, a capacidade crítica e analítica e o poder criativo do educando e ao estímulo de raciocínio e trabalho em grupo e em equipes interdisciplinares (UECE, 2012).

Nos planos de ensino, contudo, nota-se a frequente utilização de estratégias pedagógicas tradicionais, que não estimulam tanto a participação do aluno (UECE, 2011). Analisando-se todas as disciplinas do curso, a estratégia metodológica predominante são as aulas teóricas expositivas, e isso foi confirmado pelo depoimento dos alunos:

De maneira geral, a metodologia de ensino da universidade é aquela metodologia clássica, né, você não tem aqueles meios de ensino como a análise de problemas, [...] é a passagem mais catedrática, vamos dizer assim. É exposta uma aula, que mostra um conteúdo, e nós estudamos esse conteúdo. (A15S12).

O Quadro 1 mostra as disciplinas e suas metodologias de ensino, dentre as quais predomina a aula teórica expositiva, corroborando o exposto pelos discentes entrevistados.

Sobre as aulas teóricas expositivas, os alunos relataram que elas constituem método que, apesar de ser benéfico por disponibilizar muitas informações, o que é apreciado principalmente quando a aula é ministrada por especialistas no assunto a ser trabalhado, é, contudo, bastante cansativo, e, com o

passar do tempo, durante a aula, o aluno se dispersa, sendo difícil manter a atenção voltada o tempo inteiro para o professor:

“Às vezes, a aula é muito longa, e, com isso, não [se] prende muito [a] atenção [do aluno]” (A19S12).

Esses achados corroboram as ideias de Pereira et al. (2013), que exprimem ser a aula expositiva uma modalidade didática importante para introduzir um assunto e representa uma comunicação fundamental, porém exige muita concentração dos alunos durante a aula, sendo bastante criticado por existir pouca interação professor/aluno.

Além disso, os discentes relataram que a monotonia das aulas expositivas causa a evasão dos alunos e que, durante essas aulas, não se abre muito espaço para discussão.

Essa informação foi expressa, por um dos estudantes, de modo bastante peculiar: ele se referiu às aulas expositivas com o trocadilho “aulas impositivas”. A pouca participação dos alunos, durante as aulas expositivas, foi expressa pelos estudantes, nas entrevistas como algo negativo:

A gente aprende de forma muito passiva, a gente só escuta e aí tem que dar um jeito de aprender aquilo depois. A gente não participa do aprendizado, que é o que acontece no estudo de caso, no PBL, que é o que realmente a gente sente um pouco de falta. (A13S12).

O uso de metodologias tradicionais é criticado pelo Ministério da Saúde, que considera o “ensino centrado no professor, realizado fundamentalmente por meio de aulas expositivas para grandes grupos de estudantes”. (BRASIL, 2007).

Essas metodologias propõem uma prática pedagógica mecânica e rígida, além de desconsiderar o contexto social e político (MARIN et al., 2010), distanciando a formação em saúde considerada ideal para o Curso de Medicina da UECE.

Mitre et al. (2008), entendem que o ensino-aprendizagem, na formação em saúde, se restringe, muitas vezes, à reprodução do conhecimento, no qual o docente assume um papel de transmissor de conteúdos, ao passo que, ao discente, cabem a retenção e a repetição desses - em uma atitude passiva e receptiva (ou reprodutora) - tornando-se mero expectador, sem as necessárias crítica e reflexão.

Em Pedagogia da Autonomia (FREIRE, 2011), Paulo Freire sistematiza suas reflexões em três grandes blocos: “não há docência sem discência”; “ensinar não é transferir conhecimento”; e “ensinar é uma especificidade humana”. Na obra, cada bloco contém nove saberes que, articulados entre si, permitem balizar uma formação comprometida com a autonomia dos sujeitos, atrelada à responsabilidade consigo, com os outros e com a humanidade, e pautada na ética universal do ser humano (FREIRE, 2011).

<p>Quadro 1. Metodologias de ensino adotadas nas disciplinas do Curso de Medicina. Curso de Medicina, UECE, setembro, 2013. Disciplina X Metodologias</p>	<p>Aula Teórica Expositiva</p>	<p>Aula prática</p>	<p>Visitas ao serviço</p>	<p>Exibição e debates de filmes</p>	<p>Seminário</p>	<p>Roda de conversa</p>	<p>Painel Integrado</p>	<p>Dinâmica em grupo</p>	<p>Estudo dirigido</p>	<p>Trabalho em grupo</p>	<p>Trabalho/ Leitura individual</p>	<p>Discussão em grupo</p>
---	--------------------------------	---------------------	---------------------------	-------------------------------------	------------------	-------------------------	-------------------------	--------------------------	------------------------	--------------------------	-------------------------------------	---------------------------

Biologia Celular e Molecular	x	x	x	x	X								
Ciências Morfológicas	x	x			X	x							
Métodos de Estudo e de Pesquisa	x		x	x	X	x	X						
Saúde Coletiva	x		x	x	X	x	X	X	X	x			
Educação em Saúde	x		x							x	X		
Ciências Fisiológicas	x	x			X								
Anatomia Aplicada	x	x			X								x
Estatística de Saúde	x				X							X	x
Genética Médica	x	x		x	x								x
Ciências Fisiológicas II	x				x				x				x
Mecanismos de Agressão e Defesa	x	x											
Ciências Sociais e Saúde	x				x			X	x				x
Epidemiologia	x				x		X		x			x	x
Farmacologia Geral	x				x			X	x			x	
Diagnóstico por Imagem	x	x			x				x			x	X
Psicologia Médica	x				x							x	
Iniciação ao Exame Clínico e Relação Médico-Paciente	x	x			x								X
Políticas Públicas de Saúde	x				x	x			x				
Clínica Médica I	x	x			x							x	X
Bioética e Ética Médica	x				x			X	x			x	X
Clínica Cirúrgica I	x	x										x	X
Planejamento e Organização de Serviços de Saúde	x		x	x	x				x				
Farmacologia Clínica	x				x				x			x	X
Informação e Avaliação em Saúde	x	x			x		X						

Medicina Legal e Deontologia	x							x		x	X
Clínica Médica II	x	x		x				x	x	x	X
Clínica Cirúrgica II	x	x		x							X
Pediatria I	x	x									
Pediatria II	x	x									
Saúde da Família e da Comunidade	x	x		x							
Clínica Médica III	x	x								x	x
Clínica Cirúrgica III	x	x		x				x		x	x
Emergências Médicas	x	x									x
Psiquiatria	x	x									
Epidemiologia Clínica	x									x	x
Trabalho de Conclusão de Curso	x				x						
Gineco-Obstetrícia	x	x		x				x		x	
Ambulatório de Atenção Básica	x									x	x

Em um dos depoimentos, um estudante acentuou que “o modelo clássico de aula expositiva já é um pouco ultrapassado; o aluno não consegue absorver depois de uma aula muito longa. Aprendi muito mais com as práticas”. (A6S10).

O uso de aulas práticas, entretanto, foi também expresso como um dos mais utilizados, o que é bastante positivo para a formação dos futuros médicos. Os alunos relataram que as vivências proporcionadas pelas aulas práticas os aproximam da realidade, muito mais do que momentos de atividades teóricas.

Consoante o entendimento de Rogers *apud* Zimring (2010), a verdadeira aprendizagem ocorre em grande parte por

via da ação e que o ato de aprender é facilitado quando o aluno participa do processo.

Outro método muito utilizado, conforme os depoimentos dos alunos, informações confirmadas nos planos de ensino e expressos no Quadro 5, está nos os seminários, vistos pelos alunos com a vantagem de incentivá-los a estudar com profundidade o assunto, “pelo fato de [o aluno] se preparar para dar uma aula e dar oportunidade de desenvolver a didática”, porém com a desvantagem de o aluno focar o aprendizado no tema que vai apresentar, em detrimento dos demais temas a serem trabalhados e mostrados por seus colegas.

As dinâmicas de grupo, método que exige participação mais ativa dos alunos, foram mencionadas como metodologia ocorrente com menor frequência, porém, vale ressaltar que elas foram associadas, pelos discentes, às disciplinas sociais, e que tais vivências foram bem marcantes, dentre as ocorridas durante o aprendizado. Segundo os estudantes, elas aconteciam:

[...] principalmente no começo da faculdade, principalmente nas cadeiras que a gente chama de ‘sociais’, né?! Saúde coletiva, educação em saúde. [...]. Eu gosto. É engraçado que a gente leva isso até o fim da faculdade, a gente tá terminando agora e a gente lembra, tipo assim, de práticas que foram feitas no primeiro semestre na cadeira de Educação em Saúde, entendeu?! [...]. Eu acho que vale a pena, eu acho que é uma didática diferente, entendeu?!” (A12S12).

Apesar de a disciplina Educação em Saúde, segundo os planos de ensino, prever “trabalhos de grupo” e não “dinâmicas de grupo”, os alunos se referiram às atividades marcantes dessa disciplina dessa forma.

Assim, é válido o emprego de métodos que exijam maior envolvimento dos alunos, pois, conforme ensina Mitre (2008), o ensino-aprendizagem é complexo, exprime um caráter dinâmico e não acontece de forma linear, como somatório de conteúdos acrescidos aos anteriormente estabelecidos, mas exige ações direcionadas para que o discente aprofunde e amplie os significados elaborados mediante sua participação. O estudante precisa assumir um papel cada vez mais ativo, descondicionando-se da atitude de mero receptor de conteúdos, buscando efetivamente conhecimentos relevantes aos problemas e aos objetivos da aprendizagem.

Ceccim e Feuerwerker (2004) consideram o uso dessas metodologias ativas de ensino-aprendizagem um importante passo para que sejam alcançadas mudanças na formação para o SUS.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Em razão dos resultados obtidos e das discussões, considera-se que o curso de graduação em Medicina oferecido pela UECE tem um projeto pedagógico que deixa a desejar no item formação crítica e reflexiva, pela predominância, no curso, de metodologias de ensino tradicionais.

Critica-se essa predominância, evidenciada pelos planos de ensino e pelas entrevistas, onde se encontrou a aula teórica expositiva como método mais frequente, e sugere-se que o curso em questão opte por metodologias ativas de ensino-aprendizagem, em lugar das metodologias tradicionais atual-



mente utilizadas, em virtude das evidências de sua pertinência na formação de profissionais da área de saúde.

Dessa forma, em razão do que foi discutido, conclui-se que a UECE oferece um Curso de Graduação em Medicina cujo PPP, no geral, segue as DCN; todavia, a concretização do processo formativo é influenciado pela escolha dos métodos tradicionais de ensino-aprendizagem, aspecto que dificulta a formação dos profissionais de maneira mais crítica, reflexiva e contextualizada com os desafios apontados pelo SUS.

Em decorrência, pois, da premissa de que todo conhecimento é parcial e provisório, sugere-se que outros estudos sejam feitos, no intuito de aprofundar o entendimento sobre os motivos pelos quais essas condições perduram, submetendo a análise não só o curso de Medicina, mas também os demais programas de graduação da saúde.

## REFERÊNCIAS

ALVES G. G; AERTS D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16. n,1, p. 319-325, 2011.

BELEI, R.A.; GIMENIZ-PASCHOAL, S.R.; NASCIMENTO, E.N. História curricular dos cursos de graduação da área da saúde. **História da Educação**, ASPHE/ FaE/ UFPel, Pelotas, v.12, n. 24, p.101-120, jan./abr., 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. [Acessado em 12 de outubro de 2013].

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde/ Ministério da Educação. **Programa de reorientação da formação profissional em saúde- Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.

CARVALHO, Y.M.; CECCIM, R.B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a Saúde Coletiva. In: CAMPOS, G.W.S. [et al.] (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2ed. São Paulo: Hucitec, 2012. Cap. 5. p.137-170.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.41-65, 2004.

CUNHA, M.I., MARSICO, H.L., BORGES, F.A., TAVARES, P. Inovações pedagógicas na formação inicial de professores. In: FERNAN-

DES CMB, GRILLO M, organizadores. **Educação superior: travessias e atravessamentos**. Canoas: Editora da ULBRA; 2001. p. 33-90.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 43ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

GASKELL, G., BAUER M.W. Para uma prestação de contas públicas: além da amostra, da fidedignidade e da validade. In: BAUER, M. W. GASKELL. G (orgs). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: manual prático**. Petrópolis:Vozes, 2002, p. 470-490.

MARIN, M. J. S et al. Aspectos das fortalezas e fragilidades no usadas Metodologias Ativas de Aprendizagem. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 4, n. 1, p. 13 – 20. 2010.

MITRE, S.M. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 2, p. 2133-2144, 2008.

PEREIRA, M. G. et al. Modalidades didáticas utilizadas no Ensino de Biologia na educação básica e no ensino superior. In: **X Jornadas Nacionales y V Congreso Internacional de Enseñanza de la Biología**. 2013.

SOUZA, E. R. et al. Construção dos instrumentos qualitativos e quantitativos. In:

MINAYO, M. C. S., ASSIS, S. G., SOUZA, E. R. (orgs). **Avaliação por triangulação de métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 133-156.

UECE. Curso de Medicina. **Projeto Político-Pedagógico do Curso de Medicina**. UECE, 2012.

UECE. Curso de Medicina. **Planos de Ensino**. UECE, 2011.

VILELA, E. M., MENDES, I. J. M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 525-31, 2003.

ZIMRING, F. **Carl Rogers**. Tradução e organização: Marco Antônio Lorieri. Coleção Educadores, MEC. Recife, PE: Editora Massangana, 2010.

# CAPÍTULO 6

## HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE NA PRÁTICA HOSPITALAR TERCIÁRIA: O CASO HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA-HGF

*José Jackson Coelho Sampaio*

*Carlos Garcia Filho*

*José Maria Ximenes Guimarães*

*Frederico Emmanuel Leitão Araújo*

*Tiago Moraes Guimarães*

*Jeanine Maria Sobral Nunes*

### INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde-MS realiza pesquisas periódicas sobre satisfação do usuário em relação ao Sistema Único de Saúde-SUS. Tais investigações apontam três problemas básicos: técnicos, sobre erros, omissões, incompetências; organizacionais, no tocante a filas, faltas de leito, acesso precário; e relacionais, a respeito de insensibilidade, maus tratos e desrespeitos. E este último tópico enfeixa um quarto das insatisfações declaradas (BRASIL, 2006).

A Saúde Pública no Ceará avança de modo consistente e pode manter a ousadia para novos saltos, consolidando, no processo de organização do sistema de saúde, uma visão humanística do cuidado, a integralidade do processo saúde/doença e do envolvimento da comunidade na gestão e na avaliação do sistema. Tudo isso ocorre em dois contextos: um de grandes dificuldades econômicas; e outro de crescimento len-

to, porém cumulativo, da consciência sanitária dos cidadãos (BARBOSA, 1997; FONSECA NETO, 1999).

O desenvolvimento da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde-PNH (BRASIL, 2004) implica necessariamente o fortalecimento de uma política de resgate do valor da vida humana, do cuidado ético para com ela e de outros valores fundamentais, como alteridade, respeito, coerência e responsabilidade social. Portanto, a implantação ampla da PNH deve, especialmente, considerar a participação ativa e também responsável do maior número de pessoas envolvidas, direta ou indiretamente, de forma a serem ouvidas, respeitadas e valorizadas. Há que aperfeiçoar o SUS, dotá-lo de solidariedade e simpatia, portanto desamarrá-lo de excessiva racionalidade e do tecnicismo, para o enfrentamento sensível da diversidade, da subjetividade, da fragilidade. Este objetivo está representado no texto da Política Estadual de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde do Ceará (CEARÁ, 2005a) e no escrito Carta de Direitos e Deveres da Pessoa Hospitalizada no SUS/Ceará (CEARÁ, 2005b).

A literatura sobre humanização da atenção e da gestão em saúde é pequena e polimorfa, teórica e metodologicamente, sobretudo publicada em documentos, cartilhas e relatórios. Um levantamento inicial encontra documentos do Ministério da Saúde, principalmente no formato de cartilhas, e da Secretaria Estadual de Saúde do Ceará (CEARÁ, 2005a, b). São poucas as produções acadêmicas realizadas sob forma de Dissertação de Mestrado (CASTRO, 2003; ISCHIARA, 2003; VIANA, 2004; GOMES, 2005). Alguns autores já se destacam numa produção teórica consistente e crítica (BENEVIDES, 1994; GOMES; FRAGA, 2001; MARTINS, 2001; MARTINS, 2003; BOFF, 2002a, b; CAMPOS, 1994, 1998, 2000, 2003; BRASIL,

2003; CAPONI, 2004; BENEVIDES; PASSOS, 2005; FORTALEZA, 2005; SAMPAIO, 2005).

Os objetivos deste estudo são compreender o funcionamento de um hospital público estadual do Ceará, levantar sua micro-história, determinar seu perfil de aplicação dos dispositivos considerados estratégicos, pela PNH, para a humanização do cuidado, colher a opinião de seus trabalhadores sobre o próprio processo de trabalho e inferir, com suporte nesses, o nível de humanização da atenção à saúde.

## **TRATAMENTO METODOLÓGICO**

O desenho geral da pesquisa realiza estudo de caso, qualitativo, descritivo, para expressão sob lógica narrativa, do Hospital Geral de Fortaleza-HGF. A escolha do caso seguiu esses passos: ser da Capital, pois a cidade concentra 40% da população do Estado e seis dos nove hospitais estaduais; ser hospital geral, excluindo os quatro especializados; ter maior dimensão e conter emergência - daí a definição do HGF como caso.

O estudo, realizado de setembro de 2007 a agosto de 2008, teve como procedimentos de investigação a contextualização micro-histórica do hospital, baseada em entrevistas e pesquisa documental; a averiguação da implantação de uma lista dos dispositivos propostos pela PNH; a manutenção do diário de campo com impressões sobre a pesquisa; o estabelecimento de estratos homogêneos da população de trabalhadores (atividade-meio com nível superior, atividade-meio com nível médio, atividade-fim com nível superior, atividade-fim com nível médio); e elaboração e aplicação de questionário semi-estruturado sobre processo de trabalho a uma amostra tomada aleatoriamente de 89 servidores públicos do total geral

de 883 dos ativos no hospital (10%): cinco em atividade-meio e nível superior (N= 48), 14 em atividade-meio e nível médio (N= 140), 44 em atividade-fim e nível superior (N= 440), 26 em atividade-fim e nível médio (N= 255).

São os procedimentos de interpretação baseados na análise do discurso (BRANDÃO, 1998; MINAYO, 1998; SAMPAIO, 1998; ORLANDI, 1999) e consideraram os quatro níveis de servidores (meio-médio, meio-superior, fim-médio, fim-superior) e as cinco dimensões do processo de trabalho nas quais se organizaram as questões expressas para os servidores (técnica, psicossocial, política, ética e cultural). O processo comparativo de análise obedeceu os seguintes passos: análise das respostas dadas às questões de cada dimensão pelos respondentes de um nível, comparação com as outras dimensões do mesmo nível, comparação da dimensão com a mesma dos outros níveis e sistematização das comparações.

O trabalho obedece à Resolução 466/96 do Conselho Nacional de Saúde-CNS e é um recorte do estudo “Humanização da Atenção à Saúde: uma perspectiva dialética e interdisciplinar”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE), em 30 de maio de 2005, processo sob N°. 04185929-4.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **Contextualização micro-histórica do HGF**

A história do HGF tem início na década de 1950, quando, por iniciativa do Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários (IAPI), foram iniciadas as obras de construção do prédio, abandonadas em seguida, em decorrência de inundações ocorridas durante um grande inverno. As obras foram

retomadas em 1967 pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e o hospital foi inaugurado em 1969. A capacidade instalada era de 200 leitos, devendo funcionar com 800 servidores. O corpo clínico era considerado o melhor do Estado e a remuneração dos médicos era elevada. Até a década de 1980, o HGF era financiado pelo INPS, os recursos eram vastos, a clientela reduzia-se aos associados e o prestígio era de um dos melhores do Norte e do Nordeste. Ressalte-se que, antes do SUS, em razão dos seus grandes recursos, salários altos e notoriedade, o hospital era alvo de joguetes políticos, apadrinhamentos, nepotismo, com sucessivas nomeações e exonerações de diretores.

Na década 1980, as crises política e econômica começaram a obscurecer o prestígio do hospital, em virtude de uma diminuição nos investimentos. Chega-se, então, a outro grande marco institucional: a estadualização. Com a Constituição brasileira de 1988, mudou o cenário da saúde no País. O INPS acaba, entra em cena o SUS, gerenciado nacionalmente pelo MS e a saúde passa a ser direito do cidadão e dever do Estado, enquanto o HGF é entregue para a gestão da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará-SESA/CE. Segundo a opinião da maioria dos funcionários entrevistados, este seria o início de um processo de sucateamento do hospital. Os recursos diminuem, abre-se uma emergência e o hospital é obrigado a atender a todos os cidadãos. Este processo agravou-se até o auge no segundo quinquênio da década de 1990.

Um grande problema enfrentado após a estadualização foi a convivência de realidades distintas entre os funcionários. De um lado, os servidores federais do MS, contratados antes da estadualização, com salários mais altos para os mesmos cargos do que os servidores da SESA/CE, em funções equivalentes,



porém, portadores de um forte sentimento de frustração por terem se tornado “estaduais”. Do outro, os funcionários da SESA/CE, com intenso sentimento de “injustiça” pelos salários menores. Instalou-se um clima organizacional problemático, caracterizado pela difícil convivência, o remoer de insatisfações e a guerrilha de boicotes no cotidiano. A realidade atual é da união destes segmentos contra os terceirizados/prestadores de serviço, vínculos precários, super exigidos e frágeis perante o risco de demissão.

Hoje, com 2.536 trabalhadores, dos quais 1.433 terceirizados e cooperativados e 335 leitos, o hospital passa por um processo de revitalização e de duplicação do espaço físico, financiado pelo Governo federal. É possível notar demanda excessiva, filas eletrônicas muito grandes para serviços eletivos e grande pressão da mídia, tudo isso convivendo com tentativas objetivas, por parte das lideranças, de, finalmente, acontecer a superação das diferenças entre os funcionários e das baixas sofridas pelo hospital nos últimos 15 anos.

Dispositivos de humanização implantados no HGF.

Grupo de Trabalho de Humanização-GTH. Requisito considerado indispensável pela PNH, está presente no HGF desde fevereiro de 2005, segundo sua portaria de constituição.

Comitê de Ética. Requisito considerado indispensável pela PNH, está presente no HGF desde março de 1998, segundo a portaria mais antiga identificada.

Ouvidoria. Requisito considerado indispensável pela PNH, está presente no HGF desde novembro de 1998.

Prontuário Único. Requisito presente no hospital.

Acolhimento. Requisito indispensável que não cai na simples classificação de presente ou ausente. A questão refere-

se à qualidade global do atendimento, do vínculo, do compromisso dos trabalhadores com os clientes/usuários. Tomando isso em consideração, pode-se asseverar que o hospital apresenta regular acolhimento ambulatorial e de cirurgias eletivas, e mau acolhimento na emergência.

Acompanhante. Requisito indispensável, presente com algumas restrições. Não foi feita ampliação do acompanhamento, cumpre-se o que o MS determina como obrigatório: os pacientes menores de 18 anos, os acima de 60 anos, os portadores de deficiência física, visual, auditiva, ou mental, e os em estado grave ou desorientados.

Equipe Multiprofissional Interdisciplinar. Requisito considerado indispensável pela PNH e que, segundo observação dos pesquisadores, não está presente. São notórias algumas ideias ou tomada de consciência nesse sentido, mas o requisito não está presente de forma articulada, planejada, prática. A lógica de trabalho é fragmentada, contingencial, especializada, articulada de modo espontâneo ou taylorista.

Equipe Ampliada de Pesquisa. Requisito ausente. Não existe como instituição estabelecida nas equipes de saúde; as atividades não são integradas.

Pesquisa Periódica de Satisfação do Cliente/Usuário. Requisito presente, e é realizada anualmente pelo Serviço de Saúde e Medicina do Trabalho (SESMT). Os pesquisadores não tiveram acesso à pesquisa, designada como confidencial.

Pesquisa Periódica de Satisfação do Trabalhador. Requisito presente nos mesmos moldes do anterior.

Pesquisa Periódica de Representação sobre Processo Saúde/Doença. Requisito ausente.

Pesquisa Periódica de Representação sobre Humanização em Saúde. Requisito ausente.

Pesquisa Periódica de Desempenho Institucional. Requisito ausente.

Colegiado da Gestão. Requisito ausente.

Supervisão Institucional/Apoio Institucional/Apoio Matricial. Requisito ausente.

Educação Permanente em Saúde. Requisito ausente.

Equipe de Referência. Fica evidente que, nas enfermarias, para os clientes/usuários, os profissionais de referência são estudante de Medicina interno e o médico residente. No ambulatório, há identificação do profissional de referência. A equipe segue o padrão multiprofissional multidisciplinar, integrada eventualmente pelas anotações de prontuário e quando o caso se torna caso clínico para estudo.

Visita Aberta. Requisito indispensável, não está presente no hospital. A visita só está liberada das 16 às 17h, o que leva à formação de imensas filas em frente à recepção para o recebimento de autorização para entrar.

Clínica Ampliada. Requisito ausente.

Ambiência. O hospital não cumpre esse requisito, pois apresenta mal estado de conservação, distribuição caótica de setores e falta de sinais de orientação. Considerando a ambiência como articulação funcional entre ambiente físico, ergonomia e processo de trabalho, o dispositivo não parece estar posto na consciência dos dirigentes e dos trabalhadores, a não ser como desejo.

Avaliação Qualitativa Continuada. Requisito ausente.

## Processo de trabalho pelos sujeitos

### 1 Dimensão técnica

Nesta dimensão, em todos os estratos, foram muitas as queixas e a explicitação de dificuldades para realizar o trabalho. A carência de infraestrutura e de material de consumo é comum. Apenas os membros da administração superior não registram falta de material como problema, mas a posição na hierarquia desvenda a possibilidade concreta de viés.

A deficiência quantitativa de servidores é dificuldade encontrada na realização do trabalho por todos os estratos. Os entrevistados de nível superior apontam, também, falhas qualitativas, pois supõem formação acadêmica inadequada ou heterogênea – “não adianta você ter um monte de graduação e o pessoal ao redor de você não ter” – ou mantém estereótipos sobre o funcionário público – “não trabalha com essa coisa de horário”.

Os estratos de nível superior concentram suas queixas na inaptidão dos servidores de nível médio que, por sua vez, se queixam da baixa instrução dos usuários, no limite do preconceito, “o nível da clientela é baixo, são mal educados, não sabem ler as recomendações, não encontram o setor certo”. Para os servidores do estrato-fim médio, a questão dos terceirizados parece ser um problema muito grande: “os trabalhadores terceirizados sempre mudam”, “ninguém sabe quem vem na semana”.

Falta de material e de pessoal, em qualidade e quantidade, indisposições veladas entre usuários, terceirizados e servidores dos vários estratos; e um hospital em reforma há quatro anos, somam-se para influenciar negativamente a qualidade da atenção e da organização do trabalho. Deste modo, fica fácil

discernir a precariedade do diálogo entre instituição e servidores. Estes, de modo geral, não recebem informações sobre o próprio trabalho dentro do hospital, tampouco sobre o que devem repassar aos usuários.

O fluxo de informações sobre o processo de trabalho é escasso em todos os estratos. Alguns servidores de mais de 30 anos de casa consideram saber tudo o que é necessário para desempenhar suas funções e acreditam, por certeza naturalizada, que não receber nenhuma informação da chefia seria a prova da qualidade de seu trabalho: “a chefe já sabe que eu sei o que tenho que fazer, não tem que dar ordem nenhuma”.

Muitos dos entrevistados do estrato-fim, principalmente os de nível médio, ao conhecerem o tema pesquisa, humanização do cuidado, passaram a usar a expressão ou o que entendem desta em seus discursos: “o que a chefia passa para gente é o lado da qualidade e da humanização, é para gente fazer nosso trabalho com qualidade”. A humanização é percebida nas entrelinhas da resposta como caridade, carinho e afeto familiar entre profissionais e pacientes.

Se os trabalhadores não recebem informações referentes ao procedimento, também não são instruídos sobre o que dizer aos usuários. A maioria declara ausência, mas, mesmo os que apontam presença o fazem pelo senso comum da experiência acumulada. As respostas são vazias e não convencem da existência do diálogo entre instituição e trabalhadores: “a gente pergunta qual é o problema e manda para o cirurgião, a clínica médica, a obstetrícia”.

Entre os entrevistados do estrato-meio superior, a existência de uma consciência crítica sobre o fluxo organizado de informações entra em choque com a posição de chefia dos componentes desse estrato, e o resultado é ambiguidade. No

estrato-fim superior, em que se observa discurso rico e articulado, capaz de delimitar concretamente as dificuldades encontradas, o que emerge é um clima misto de descontentamento e conformismo.

Existe, assim, uma heterogeneidade marcante da atenção à saúde, um corpo funcional que não percebe o seu papel dentro do todo e, se alguém o percebe, este decorre do próprio esforço. Infere-se, portanto, o grande impacto que a dinâmica do processo de trabalho tem sobre a assistência e a organização geral do cuidado, assim como o quão dificultosa se torna a humanização do processo atenção/gestão nesse contexto.

## **2 Dimensão psicossocial**

No âmbito da dimensão psicossocial, avaliaram-se o relacionamento dos servidores com a administração, os colegas de trabalho e os usuários. Nos estratos-fim, o termo “distante” domina as respostas no que concerne à relação com a administração. Alguns servidores diferenciam chefia do setor e administração geral, esta sempre considerada distante. O restante dos entrevistados faz comentários positivos, o que demonstra a presença heterogênea da administração superior dentro do hospital e as diferenças entre as chefias setoriais: “cada administração tem sua forma de trabalhar com o funcionário, a cada mudança de governo tem uma mudança de gestor, então varia o interesse do gestor, mas eles procuram o encaixe e geralmente funciona bem”. Nos estratos-meio, as respostas são lacônicas, eventualmente com pequenas nuances, a relação é considerada boa e as ressalvas são contingentes.

No respeito ao relacionamento com os colegas de trabalho, percebem-se respostas mais positivas. Pode-se deduzir que a boa qualidade da convivência se estende àqueles com

vínculos trabalhistas diferentes, de outras contratações públicas, terceirizados e cooperados, sintetizada, de modo ideológico, na metáfora da família.

Quanto ao relacionamento com os clientes, novamente é possível discriminar as respostas apresentadas pelos estratos-meio e pelos estratos-fim. Os servidores do estrato-meio referem não possuir relacionamento significativo com os usuários, sendo essa uma atribuição da assistência. Os administradores deixam claro que não possuem e que não faz parte do seu trabalho possuir vínculo com o usuário. O modo de ver a relação destes trabalhadores com os usuários é problemático, por não observarem diretamente quem é seu usuário e por não serem levados a pensar as relações com a clientela. Predominam respostas breves, lacônicas e defensivas: “trabalho mesmo é com papéis”.

Os servidores do estrato-fim, em sua maioria, consideram o relacionamento bom, com abertura de espaço para crítica negativa: “o relacionamento é ótimo, só temos um paciente complicado, aí a gente tenta não falar muito com ele, só o essencial”. Entre os poucos que consideram ruim o relacionamento, a justificativa recai sobre fatores como o nível de instrução dos clientes ou acompanhantes: “o relacionamento com os clientes é ótimo, porque são crianças, mas com as mães o relacionamento é mais difícil, ela está vendo o filho dela sofrendo e se a gente fizer algo que ele chore, ela acha que a gente está maltratando”.

São pontos críticos da dinâmica relacional dentro do hospital a distância entre os estratos-meio e fim e a ideia de que a baixa instrução é responsável por todos os problemas relacionais com os clientes.

### 3 Dimensão política

A dimensão política pode ser resumida em duas palavras: indiferença e conformismo. Não se percebe uma diferença essencial entre os quatro estratos. Existem particularidades inerentes aos grupos, mas que não influenciam de forma significativa na avaliação geral.

Os trabalhadores do estrato-meio se dividem bastante sobre a compreensão da estrutura organizacional da instituição. Fica evidente a confusão entre disposição do espaço físico e organização gerencial. O tema da reforma da infraestrutura física, que o hospital vive no momento, toma conta da compreensão, portanto, das respostas. Os próprios gestores tendem a valorizar investimentos na infraestrutura, assim prometendo que sala, corredor, consultório, enfermaria e equipamentos novos resolverão todos os problemas de demanda, hierarquia e articulação.

Quando questionados sobre a organização do hospital os servidores do estrato-fim se dividem. Aproximadamente a metade a considera boa ou regular e a outra metade a entende ruim. Nesse estrato, não se percebe o entendimento de que a reforma irá resolver todos os problemas do hospital, ela apenas é citada como mais um fator complicador dentro de uma organização heterogênea: “bem caótica, de cima pra baixo, com supervalorização de alguns serviços de ponta, enquanto que em serviços básicos, para hipertensos, diabéticos ou com Acidente Vascular Cerebral-AVC, falta material.” A terça parte dos entrevistados desse estrato considerou a organização boa. Interessante é salientar o fato de que muitos deles trabalhavam no turno da noite e consideravam-se distantes da administração.



A questão do recrutamento dos trabalhadores recebeu muitos comentários. O problema da terceirização é personalizado no terceirizado, com qualidade de trabalho e dedicação ao trabalho prejudicadas pela falta de mérito, pelo recrutamento voluntarista, pela brecha à retomada de critérios político-partidários e apadrinhado-afetivos. De modo geral, as expressões constituem uma compreensão crítica do fenômeno: “na minha época, a gente entrava por amizade, agora voltou isso”.

Exceto raríssimos trabalhadores, que consideram seus salários mais altos do que a média do mercado privado, para a tarefa e para a escolaridade, a queixa é geral em relação ao valor do salário e à ausência de gratificações e incentivos de carreira. Os servidores são bastante conformistas, embora não estejam satisfeitos com suas condições de trabalho. O fervor dos que fazem alusões a greves e às organizações sindicais é tão pálido quanto o dos que aguardam a benevolência dos governos.

A reforma é desculpa para a desorganização administrativa, a terceirização é vista como retorno às práticas de nepotismo e de se admitir profissionais desqualificados, e o poder público, entendido como mau gestor, se torna o grande responsável pelos impasses. A questão salarial suscita uma horda de insatisfeitos, porém acomodados.

#### **4 Dimensão ética**

Na dimensão ética, a ausência de um código de direitos e deveres dos trabalhadores representa um sério problema e contribui para o distanciamento dos servidores com a instituição e com os usuários. Muitos servidores de todos os estratos confundiram esse código com os específicos dos conselhos de suas categorias profissionais ou com o do servidor público.

Destaca-se o fato de grande número de servidores acreditar na existência desse código, sem jamais terem tido contato com ele.

A questão da perseguição só teve alguma expressividade dentro do estrato-meio. Os trabalhadores de nível médio não identificam no chefe um perseguidor; quem encarna este papel, quando identificado e referido, é algum outro colega, em disputa por espaço, sobretudo os terceirizados. O que mais aparece, no entanto, é a busca pelo uso de serviços de saúde do próprio hospital ser dificultada por colegas.

Os trabalhadores de nível superior do estrato-meio também se mostraram preocupados com a possibilidade de perseguição, que pode ser praticada de várias maneiras, como transferências, advertências e desvalorização do trabalho: “eu me sinto triste, eu me sinto altamente subestimada na minha capacidade de pensar, isso é uma desvalorização”. O fato de estarem próximos do centro das decisões gerenciais pode justificar esse achado. Por não ser um problema citado pela maioria dos servidores, porém, infere-se que há certa liberdade no processo de trabalho, com jogos persecutórios em pequena e tolerável proporção.

## **5 Dimensão cultural**

O HGF é um hospital heterogêneo e os resultados da dimensão cultural são mais uma prova disso. É importante salientar o fato de que, nas entrevistas e no contato informal com os trabalhadores, ficou evidente intensa afetividade em relação ao hospital e um sentimento de esperança que alimenta os trabalhadores, a despeito dos obstáculos. Isto, sem dúvida, propicia um caminhar em direção à humanização.

Quanto à comodidade das instalações do hospital, em qualquer estrato, observa-se descontentamento maior entre

os que trabalham em setores ainda não reformados. De forma geral, os servidores atuantes nas novas instalações concordam em razão de que o ambiente de trabalho está adequado, contudo a carência de móveis ou o uso de material já desgastado é uma queixa frequente em todos os setores. Observa-se que existe um conformismo quanto ao desconforto: “o conforto nós não temos, mas não vou falar contra; o conforto é esse bregueço aqui, mas eu não tenho nada contra”. A temática da reforma entra, novamente, como fator de piora das condições de trabalho. O fim da reforma é percebido como algo remoto, invisível, inalcançável.

Grande parte dos servidores, em todos os estratos, considera o local de trabalho bonito e agradável, por se sentirem parte de uma instituição da qual se orgulham, mesmo em face das instalações precárias, sucateadas e mal planejadas. A afetividade e a esperança suprem a carência de conforto e beleza.

Quanto ao refeitório, mais uma vez, os servidores se encontram afastados das decisões que concernem ao seu dia a dia. O cardápio do refeitório não é apresentado, nem discutido. Alguns poucos emitem juízos sobre a qualidade da comida. Ressalte-se que os servidores, de modo geral, encaram com espanto tal questionamento. Para eles, o máximo de direito possível seria o de uma alimentação aceitável.

No que concerne às singularidades e aos interesses artístico-culturais dos trabalhadores, o hospital parece estar no caminho certo. Há espaço e liberdade. Os servidores, de todos os estratos, em sua maioria, declaram ter possibilidade de expressar suas singularidades, porém, apenas no plano da aparência e das regras tácitas do bem vestir e do bem comportar-se.

A maioria dos servidores afirma haver possibilidade de expressão dos seus interesses artístico-culturais dentro do hospital e citam vários exemplos: “com certeza existem projetos, a terapia do riso, o projeto de ioga, o posso ajudar?, o RIMART para quem quer fazer teatro e ser palhacinho”. Ressaltam, porém, que não possuem tempo para participar das atividades e que muitas vezes só tomam conhecimento de sua realização quando já aconteceram. Observa-se contradição entre possibilidade e aplicação concreta.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Hospital criado no final da década de 1960, o HGF desfrutou durante vários anos de vastos recursos financeiros, humanos e políticos. Aliaram-se a isso, a baixa demanda, a ausência de uma emergência e a clientela limitada aos associados do INPS. A crise que acometeu o Brasil na década de 1980 também se refletiu no hospital. A situação agravou-se com a criação do SUS e a estadualização do hospital na década seguinte. Agora, além de recursos diminuídos, o hospital abriu serviço de emergência, para atendimento universal.

A crise perdurou por toda a década de 1990, quando se anuncia um projeto de reforma e ampliação hospitalar, que perdura há quatro anos, com setores novos ao lado de velhas instalações. Oferece serviços hospitalares de alta tecnologia contrastando com uma emergência que é “interna no corredor”. O atual momento histórico do hospital é rico em diversidade e contradições, produto de quase 40 anos de história.

Em relação aos dispositivos de humanização, dos 21 requisitos preconizados pela PNH, apenas oito estão implantados no hospital. Aos presentes restam algumas críticas. O GTH, apesar de presente formalmente, é desconhecido pela

maioria dos servidores e não parece produzir impacto na assistência à saúde. O Comitê de Ética é bastante ativo e presente. A Ouvidoria é pouco solicitada e tem pouco poder de ação dentro da instituição. O Acolhimento é heterogêneo dentro dos vários serviços prestados. O hospital permite a presença de acompanhante, mas o faz dentro do que é obrigatório pelo MS, impondo barreiras às exceções.

Salienta-se, com efeito, que a simples presença dos dispositivos não significa uma capacidade de promover um atendimento humanizado. E isso se observa no caso HGF. Apesar de o caminho percorrido ter certa consistência, o caminho a percorrer, em busca de oferecer uma política pública de saúde, competente, solidária, equânime, justa e democrática, ainda é grande.

A análise do processo de trabalho pelos sujeitos permite a comparação cruzada entre os quatro estratos entrevistados, dentro das dimensões determinadas, o que propicia a possibilidade de inferir-se nível insatisfatório de humanização do trabalho e seu impacto na atenção à saúde no contexto histórico da instituição. Distância, rotina, comunicação truncada, desconhecimento, indiferença e conformidade marcam os discursos, a despeito da esperança que emerge da situação de reforma física e de novos investimentos.

Um hospital público, sobretudo deste porte e com este tempo de existência, constitui uma microssociedade, perpassada pela luta entre micropoderes. Sem esta compreensão, será sempre impossível mobilizar os agentes para o aperfeiçoamento da cultura institucional, no sentido da democratização das relações de poder e da humanização dos processos de cuidado.

## REFERÊNCIAS

BARBOSA, J. P. A. **História da saúde pública do Ceará**: da colônia a Vargas. Fortaleza: Edições UFC, 1997.

BENEVIDES, R. de B. **Grupo**: a afirmação de um simulacro. 1994. Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1994.

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

BOFF, L. **O nascimento de uma ética planetária**. Do iceberg à Arca de Noé. [S.l.]: Garamond, 2002a. Disponível em: <<http://www.triplov.com/boff/etica.html>>. Acesso em: 10 de maio de 2003.

BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano – compaixão pela terra. 8. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002b.

BRANDÃO, H. H. N. **Introdução à análise do discurso**. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde-PNH**. Texto referencial para os gestores. Brasília, 2004.

\_\_\_\_\_. **Diretrizes sobre a reformulação dos modos de gestão e de atenção à saúde**: o papel do Ministério da Saúde. Brasília, 2003. Mi-meo.

\_\_\_\_\_. **Relatório 2004-2006 do Programa Nacional de Avaliação do Sistema de Saúde-PNASS**. Brasília, 2006.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

\_\_\_\_\_. **Um método para análise e co-gestão de coletivos** – a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

\_\_\_\_\_. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1998.

\_\_\_\_\_. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas – o caso saúde. In: CECÍLIO, L. C. de O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

CAPONI, S. N. C. de. **Da compaixão à solidariedade**. 2. ed. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2004.

CASTRO, A. M. de. **A equipe como dispositivo de produção de saúde: o caso do Núcleo de atenção ao idoso (NAI/UnATI/UERJ)**. 2003. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Psicologia) – Fortaleza, 2003.

CEARÁ. Secretaria de Saúde. Política Estadual de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde do Ceará-PEH. **A política da humanização em saúde**. Fortaleza: SESA, 2005a.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Saúde. **Código de direitos e deveres da pessoa hospitalizada no SUS Ceará**. Fortaleza: SESA, 2005b.

FONSECA NETO, M. D. da. **Desafios para a saúde pública no Ceará: um olhar sobre as internações hospitalares em 1997**. Fortaleza: Tipoprogresso, 1999.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. HumanizaSUS. **Humanização em saúde: um problema prático, uma utopia necessária**. Fortaleza, 2005a. (Cadernos de Textos, n. 1).

GOMES, A. M. de A. **Hospital humanizado: etnoavaliação centrada no usuário-cidadão**. 2005. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Educação em Saúde) – Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2005.

GOMES, I. L. V.; FRAGA, M. de N. de O. **Direitos do cidadão hospitalizado: teoria e práxis**. Fortaleza: Ban Gráfica, 2001.

ISCHIARA, J. C. **Humanização da assistência hospitalar: um estudo de caso de hospital público regional**. 2003. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2003.

MARTINS, M. C. F. M. **Humanização das relações assistenciais: a formação do profissional de saúde**. São Paulo: Casa do Psicólogo,

2001.

MARTINS, P. H. **Contra a desumanização da Medicina:** crítica sociológica das práticas médicas modernas. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 1998.

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

SAMPAIO, J. J. C. Democracia, equidade e humanização. In: SEMINÁRIO ESTADUAL DE HUMANIZAÇÃO, 3., 2005, Fortaleza. **Anais...** Fortaleza: Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, 2005.

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

VIANA, R. V. **A humanização no atendimento:** construindo uma nova cultura. 2004. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.



# CAPÍTULO 7

## O SERVIÇO DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL PREVIDENCIÁRIO COMO RESPOSTA ESTATAL AO PROCESSO DE SAÚDE-DOENÇA: DESAFIOS E PERSPECTIVAS

*Marina Coutinho de Carvalho Pereira  
Cláudia Maria França Mazzei Nogueira*

### INTRODUÇÃO

Este ensaio é fruto de pesquisa realizada junto ao programa de pós-graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, cujo objetivo foi compreender e debater o funcionamento do Serviço de Reabilitação Profissional do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) nos anos 1990-2000.

Foi delimitado como objeto de estudo deste texto o funcionamento do Serviço de Reabilitação Profissional (RP) previdenciário brasileiro desde os anos 1990 ao século XXI.

As mudanças ocorridas na política previdenciária oriundas da contrarreforma do Estado em curso atingem o referido serviço, o qual adota medidas de “revitalização” da RP tendo como justificativas propagadas o discurso sob a égide da eficácia, eficiência e melhoria do serviço prestado. Constatar-se-á, no entanto, que as modificações ocorridas não resolveram os principais problemas apontados por profissionais, trabalhadores, pesquisadores, sindicatos, movimentos sociais etc. para o funcionamento da RP previdenciária. Pelo contrário,

no entanto, cada vez mais direciona pela lógica economicista de contenção de custos, afastando-se do atendimento às necessidades de seus usuários (PEREIRA, 2013; MEDEIROS, 2012).

Atualmente, diversos são os entraves enfrentados por aqueles que se encontram na condição de adoecido e /ou acidentado para continuarem obtendo meios de prover a subsistência (e de sua família). Isso implica desde o reconhecimento do adoecimento / acidente perante os impasses gerados entre a empresa/ instituição e Previdência Social numa correlação de forças acerca de suas responsabilidades ante o agravo à saúde do trabalhador até a percepção de benefícios previdenciários (PEREIRA, 2013).

O ensaio centrou-se na abordagem da Reabilitação Profissional por se inserir no âmbito da controversa relação entre processo de saúde-adoecimento e respostas dadas pelo Estado a este, assim como por constituir *locus* que toma vulto no interior da Previdência Social por visar ao retorno do trabalhador ao desempenho de atividades laborais.

Baseia-se, portanto, este trabalho na pesquisa retrocitada, de caráter exploratório-qualitativo, tendo como estratégia metodológica a pesquisa documental e bibliográfica, cuja amostra se configurou de forma aleatória e espontânea. Utilizou-se como instrumento de coleta de dados a aplicação de questionários aos profissionais que atuam no serviço de Reabilitação Profissional (RP) da APS (Agência de Previdência Social) Florianópolis/Continente.

O trabalho está organizado em duas partes (além da introdução e considerações finais). Na primeira, aborda-se a Reabilitação Profissional como *locus* institucional previdenciário e resposta estatal ao processo de saúde-doença na atualidade.

Em seguida, foi tratado sobre o funcionamento e os rumos da Reabilitação Profissional previdenciária no século XXI, sendo explicitados alguns marcos históricos do serviço de RP brasileiro para se poder compreender a realidade da Previdência Social nos dias de hoje.

Pretende-se contribuir para uma reflexão dos profissionais, pesquisadores, estudantes, militantes e trabalhadores que adoecem e/ou se acidentam na realização de atividades laborais acerca das contradições que permeiam a realidade do serviço de Reabilitação Profissional previdenciário, para que se possa lutar coletivamente rumo a mudanças do *status quo*.

## **1 A Reabilitação Profissional como resposta estatal ao processo de saúde-doença mediante política previdenciária**

Atualmente, há um número expressivo e crescente de trabalhadores que sofreram agravos à sua saúde decorrentes do processo de trabalho, de produção e formas de organização do trabalho. Vejam-se alguns dados trazidos pelo Procurador do Trabalho de Araraquara-SP, Dr. Rafael de Araújo Gomes, em palestra proferida no Seminário Internacional do Trabalho realizado na UNESP-Campus de Marília nos dias 25 a 29 de junho de 2012:

O Jornal O Estado de São Paulo, em sua edição de 21 de janeiro de 2012, publicou uma importante reportagem, sob o título: “País gasta R\$ 71 bilhões ao ano com acidente de trabalho”. Tendo como fontes o Ministério da Saúde, o sociólogo José Pastore e a empresa de gerenciamento de riscos Marsh, o jornal alerta que o valor estimado de R\$ 71 bilhões de reais de prejuízo, que inclui gastos públicos e privados, certamente en-

contra-se subestimado, pois leva em consideração apenas o mercado formal de trabalho no Brasil. Ou seja, o prejuízo econômico real, ao Estado e à iniciativa privada, causado pelos acidentes de trabalho seria ainda maior. Dada a enorme quantidade de trabalhadores informais (sem carteira assinada) que existe no país [...] acredito ser justificado supor que o custo financeiro ultrapasse R\$ 100 bilhões. A reportagem menciona, também, que o problema está atualmente a piorar. “A retomada das obras de infra-estrutura e a construção imobiliária elevou o número de acidentes de trabalho que resultam em mutilações ou mortes no Brasil. Entre janeiro e outubro de 2011, pelo menos 40.779 trabalhadores foram vítimas de acidentes graves dos quais 1.143 morreram, segundo o Ministério da Saúde. O número é 10% maior que em igual período do ano passado (37.035).

E, além desse apontamento do Procurador do trabalho de Araraquara / SP, pode-se observar o aumento no número de requerimentos de benefícios previdenciários (e até mesmo os assistenciais) e o quantitativo de concessões destes no Anuário Estatístico da Previdência Social — AEPS (2011) e no Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho - AEAT 2011 (BRASIL, 2011 a, p. 61). Esses dados contribuem para indicar o aumento do deterioramento da saúde dos trabalhadores nos dias de hoje, à medida que consta um número expressivo de segurados em percepção de benefícios, embora os dados da Previdência Social apenas computem acerca dos trabalhadores formais e daqueles que contribuem com ela (PEREIRA, 2013).

Apesar da instituição e importância desta do Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário — NTEP (mecanismo utilizado para auxiliar na caracterização de um acidente ou doença do trabalho, que permite apontar se há relação entre lesão/agravo e a atividade desenvolvida pelo trabalhador. Sua implementação no INSS ocorreu em 2007, o que contribuiu para o aumento de notificação de acidentes e doenças laborais) e a emissão da Comunicação de Acidente do Trabalho — CAT não ser mais exclusiva da empresa / instituição empregadora, fato este que contribuiu para evidenciar e aumentar o número de acidentados do trabalho, ainda há um número expressivo de subnotificações e não notificações de acidentes do trabalho (PEREIRA, 2013).

Resta, portanto, para o trabalhador acometido por doença e/ ou acidente recorrer às políticas de seguridade social (saúde, assistência social, previdência) meios de garantir a recuperação da saúde (na medida do possível) e para prover seu sustento durante o período de afastamento do trabalho, assim como reabilitar-se (para o trabalho e desempenho de atividades da vida diária) — respostas estas, incluídas no campo de saúde do trabalhador em construção, dadas pelo Estado brasileiro ao agravo gerado à saúde dos trabalhadores (PEREIRA, 2013).

No que diz respeito à Reabilitação, com a promulgação da Constituição Federal de 1988, esta foi preconizada nas políticas que compõem a Seguridade Social (Assistência Social, Previdência Social e Saúde) e também consta nas seguintes legislações: Lei nº. 8.080/ 1990, Lei nº. 8.213/ 1991, Decreto nº. 129/1991 (promulgação da Convenção nº. 159 da OIT — Organização Internacional do Trabalho), Lei nº. 8.742/1993 (alterada posteriormente pela Lei nº. 12.435/2011), Decreto

nº. 2.172/1997 (revogado pelo Decreto nº. 3.048/ 1999), Decreto nº. 3.298/ 1999. Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, passou a reabilitação física e psicossocial a ser de competência do setor da saúde (até então realizada pela Previdência), cabendo apenas a Reabilitação Profissional à Previdência Social.

No caso da Previdência Social, esta política social medeia a relação capital-trabalho, atuando como “resposta post-factum” (à guisa de reparação e mediante benefícios e serviços) para o que foi gerado decorrente da exploração do trabalho. Ela, porém, como política social, não resolve a situação gerada em sua raiz, embora atenua como medida paliativa a condição de vida do trabalhador no sentido de permitir sua reprodução (seu sustento e sobrevivência e de sua família).

Em seu interior, o serviço de RP previdenciário presta-se ao trabalhador contribuinte, acometido por doença e/ou acidente, que recorreu à Previdência Social para percepção de benefícios e ao realizar a perícia médica foi avaliado seu potencial laborativo e encaminhado para cumprimento do Programa de Reabilitação Profissional com vistas ao seu retorno às atividades laborais (PEREIRA, 2013).

Evidentemente, a Reabilitação Profissional é um serviço fundamental e imprescindível para atender às necessidades imediatas do trabalhador que apresenta redução e incapacidades para o desenvolvimento das suas atividades laborais, mas ela constitui um *locus* institucional controverso, como se verá (PEREIRA, 2013).

O *locus* institucional da RP é permeado de contradições, a começar pela sua inserção na política previdenciária. O interesse de uma “seguradora” vai na contramão das necessidades dos trabalhadores em situação de agravo à sua saúde,

haja vista que, por um lado, e ao mesmo tempo, ela arrecada as contribuições para quando ocorrer alguma contingência que impeça o trabalhador de desempenhar suas atividades laborais ter para onde recorrer, mas, por outro, é questionado por ela, na atualidade, o número de concessões de benefícios que quando aumenta onera o sistema. Embora isso não devesse ocorrer no sistema público, sabe-se que sucede.

Não se explicita, porém, o que está por trás do aumento no número de requerimentos para percepção dos benefícios previdenciários, que são o adoecimento/acidentes/ agravos que debilitam a saúde do trabalhador e o levam ao afastamento das atividades laborais que desempenhava (PEREIRA, 2013).

No meio desse “fogo cruzado”, a RP é utilizada para atender mais aos interesses do capital para que não se onere o sistema e o trabalhador afastado retorne ao mundo do trabalho o mais breve possível e volte a contribuir para que a Previdência continue arrecadando (PEREIRA, 2013).

Sendo assim, a pesquisa realizada apontou elementos que permitem discutir e analisar o funcionamento da RP nos dias de hoje e os rumos a que o referido serviço é direcionado. Por um lado, a RP atende à necessidade imediata do trabalhador adoecido/acidentado, tornando-se a primeira opção ante a situação apresentada por ele. De outra sorte, reabilitar é rentável economicamente e contribui para manutenção do *status quo* (PEREIRA, 2013).

De acordo com a pesquisa, tudo indica que esta rentabilidade é o direcionamento impresso na operacionalização da RP nos dias de hoje. De fato, a lógica do INSS de contenção de gastos é imperativa e está, nos dias de hoje, no cerne das preocupações do Estado em relação aos rumos e objetivos traçados, a serem alcançados, como pode-se verificar a seguir:

[...] a reabilitação profissional, durante muito tempo, foi relegada ao segundo plano por desconhecimento da Casa e do próprio segurado, mas que com a nova proposta foi ressaltada a sua importância e obrigatoriedade (...) [se]Apresentou o impacto econômico da Reabilitação Profissional no ano de 2003, informando que 14.909 segurados retornaram ao trabalho; que, considerando o valor médio do benefício, de R\$416,16, o valor total que foi pago pelo INSS durante treze meses, acrescidos do décimo terceiro salário, seria de R\$80.658.882,72; que, com o retorno desses contribuintes ao trabalho, pagando uma contribuição 275 de cerca de R\$104,00, arrecadou-se o total de R\$20.164.720,78, totalizando, portanto, a diminuição das despesas e o retorno da contribuição em R\$100.823.603,40, dos quais, subtraindo-se as despesas com a Reabilitação profissional, correspondentes a R\$3.510.297,66, haveria como resultado líquido o valor de R\$97.313.305,74 em recursos que o INSS teria deixado de gastar. Quanto ao impacto econômico da Reabilitação Profissional no ano de 2004, informou que, apesar da greve dos funcionários do INSS em 2003 e do contingenciamento de verbas da área, ainda houve uma significativa economia para o INSS, com o retorno de 14.912 profissionais ao trabalho (CONSELHO NACIONAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL, 2005, p. 251-283; grifou-se).

Isto quer dizer que o serviço de RP de constitui como mecanismo rentável para o INSS, haja vista que, por um lado,



possibilita o não recebimento de benefícios pelo usuário, com este sendo desligado do PRP (lembrando que quando o segurado é desligado do PRP pró-forma, imediatamente cessa o benefício), e, por outro, visa a propiciar a arrecadação, à medida que o segurado retorne ao mercado de trabalho e volte a ser contribuinte. Com isso, se economizam gastos com o segurado e aumenta o montante de dinheiro do INSS que passa a entesourá-lo (PEREIRA, 2013).

Esse “ciclo” pode ser chamado de “entesouramento ilegal do INSS”, que, embora não o seja, juridicamente, o INSS cada vez mais vai se afastando de sua finalidade precípua de proteção social (e seguro social) ao trabalhador. Ou, ainda, seria pertinente o uso da expressão “lesionar o trabalhador lesionado”, pois este contribui com o INSS e quando vai requerer benefícios encontra entraves para recebimento, passando pela “via crucis” de atendimento desde o momento em que chega à perícia, passando pelo “jogo de empurra” entre empresa e INSS até o momento de ser desligado, cessando-lhe o benefício (PEREIRA, 2013).

Portanto, embora a reabilitação direcionada à lógica de contenção de custos seja histórica na Previdência, nos dias de hoje é um processo mais intensificado, dada a conjuntura de transformações societárias com mudanças no mundo do trabalho e não mais uma época de “pleno emprego”. (PEREIRA, 2013).

Em vez de reabilitar o trabalhador considerando-o a realidade vivida em sua totalidade (múltiplas determinações), impera a lógica de contenção de gastos, sendo o serviço de Reabilitação Profissional a “válvula de escape” que possibilita a saída do segurado da Previdência Social para não percepção de benefícios do INSS (PEREIRA, 2013).

O conflito entre empresas / instituições e INSS, configurado num “jogo de empurra” da responsabilidade pelo pagamento do trabalhador quando este se encontra adoecido e/ou acidentado, é uma constante. Os entraves enfrentados pelo trabalhador (contribuinte com o INSS) para recebimento de benefícios previdenciários envolvem desde o reconhecimento da doença ocupacional / acidente (como dito anteriormente) ao cumprimento de condicionalidades do serviço de Reabilitação Profissional (tais como frequentar cursos não condizentes com suas aptidões e funcionalidades, além de não serem garantia de retorno a um posto de trabalho) até ao referido “jogo de empurra”, sendo que o ônus do adoecimento e/ou acidente recai sobre o trabalhador (inclusive ficando sem meios de prover seu sustento e de sua família nesse período) (PEREIRA, 2013).

Perante o quadro expresso faz-se mister compreender o funcionamento do referido serviço na atualidade e os antagonismos que permeiam o espaço sócio-ocupacional da Reabilitação Profissional do INSS, onde atuam profissionais em equipe constituída por peritos médicos e analistas do seguro social com formação nas áreas de Serviço Social, Psicologia, Sociologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, e outras áreas afins à RP, e os servidores administrativos (denominados técnicos do seguro social) (BRASIL, 2011 b).

## **2 O funcionamento e os rumos da Reabilitação Profissional previdenciária ante os antagonismos da Previdência Social brasileira no século XXI**

A Previdência Social brasileira, desde os anos 1990 até 2000, atacada constantemente em sua estrutura e se afasta de sua finalidade precípua, adotando as medidas gerenciais ad-

vindas com a *contrarreforma do Estado* (segundo Behring, - 2008 - a *contrarreforma* é utilizada como categoria analítica para designar que a “reforma” do Estado no Brasil se caracteriza por um amplo processo de redução de direitos e regressão das conquistas realizadas pelas classes trabalhadoras) em curso e, portanto, isso reflete em seu interior, afetando os serviços prestados, como a Perícia Médica e a Reabilitação Profissional, que passam a ser reorientados na instituição. Assim também são implementadas medidas cada vez mais restritivas para a concessão de benefícios previdenciários (PEREIRA, 2013).

No período retrocitado, dois marcos podem ser explicitados para o serviço de Reabilitação Profissional previdenciário: 1º) a oficialização da nova estrutura funcional da RP por via do Decreto nº. 2.172 / 1997, do Ministério da Previdência Social, sendo normatizada por duas resoluções, conforme indicam Takahashi e Iguti (2008),

A primeira desmontava os CRPs [Centros de Reabilitação Profissional do INPS] e NRPs [Núcleos de Reabilitação Profissional do INPS], descentralizando os serviços de reabilitação profissional para as agências de benefícios do INSS (Resolução nº. 423/MPAS/INSS. Instituto Nacional de Previdência Social 1997; 7 mar). A segunda alterava as funções básicas do processo de reabilitação profissional para: (1) a avaliação e a definição da capacidade laborativa; (2) a orientação e o acompanhamento do programa profissional; (3) a articulação com a comunidade para reingresso no mercado de trabalho e (4) o acompanhamento e a pesquisa de fixação no mercado de trabalho (Resolução nº. 424/MPAS/INSS. Instituto Nacional de Previdência Social 1997; 7 mar) (TAKAHASHI; IGUTI, 2008, P. 2667).

Esse processo de mudanças instituído pela contrarreforma no sistema de proteção social, no caso, o previdenciário, denominou-se “Plano de Modernização da Reabilitação Profissional” (TAKAHASHI, 2006). Esse Plano, cujas diretrizes orientadoras eram as do Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), desencadeou o desmonte do Serviço de Reabilitação Profissional (PEREIRA, 2013).

O novo modelo de atenção passou a desenvolver apenas atividades de regulação e não de execução, com a delegação pelo INSS para que as empresas realizassem a reabilitação profissional de seus trabalhadores acidentados e adoecidos do trabalho e a Previdência apenas realizasse a homologação da readaptação (TAKAHASHI, 2006), conforme previsto pela Resolução nº. 439/ MPAS/ INSS de 10/04/1997:

A partir de então se pode dizer que as equipes multiprofissionais foram suprimidas, com extinção das funções específicas dos profissionais, como Assistentes Sociais, Psicólogos, Sociólogos, Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais (Lei nº 10.355 de 26/12/2001), sendo instituídos “os cargos de Procurador da Previdência Social, Auditor Previdenciário, Auditor Médico-Pericial, Analista de Benefícios Previdenciários (nível superior) e Técnicos de Benefícios Previdenciários (nível médio)” (TAKAHASHI, 2006, p. 147).

A Lei nº. 11.907/2009, em seu art.21-A, transformou os cargos vagos de nível superior e nível intermediário da Carreira Previdenciária instituída pela Lei nº 10.355 de 26/12/2001 em cargos de analista do seguro social e de técnico do seguro social (BRASIL, 2009).

Embora as equipes de Reabilitação Profissional passem a ser compostas por peritos médicos do INSS, analistas do Seguro Social com formação nas áreas de Serviço Social, Psicologia, Sociologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional e outras afins à RP e servidores administrativos (denominados técnicos do seguro social), para a atuação no serviço de RP os referidos analistas assumem um cargo genérico denominado responsável pela orientação profissional (também chamado de orientador profissional), realizando suas funções e atribuições de acordo com o “protocolo” instituído pelo INSS; ou seja, a qualificação técnica dos profissionais é diluída (BRASIL, 2011 b).

Essa denominação atualmente consta no Manual Técnico de Procedimentos da Área de Reabilitação Profissional — Módulo I (p. 28), aprovado pela Resolução nº. 160/PRES/INSS, de 17 de outubro de 2011, que serve de parâmetro para atuação nesse serviço. Cabe evidenciar, porém, o que Struffaldi salienta: “todos de uma hora para outra viraram OP — orientador profissional — sendo que não existe essa categoria profissional dentro da própria instituição” (Apud BREGALDA, 2012, p. 47).

O segundo marco diz respeito à criação do Reabilita — um subprograma da Perícia Médica, em vigência desde 2001, centrado na “agilização e na homologação da aptidão para o retorno ao trabalho” (TAKAHASHI, 2006, p.148), sendo que, nos casos de trabalhadores demitidos ou sem possibilidades de retorno nas empresas de vínculo, o “programa de reabilitação profissional é concluído apenas pela avaliação da aptidão” (IDEM), haja vista que não é obrigação da Previdência Social manter o segurado no mesmo emprego ou colocá-lo em outro para o qual foi reabilitado, conforme está expresso no Decreto nº. 3.048/ 1999, art. 140, parágrafo 1º (BRASIL, 1999).

Outra mudança ocorrida com o Reabilita foi a descentralização do atendimento para as agências da Previdência Social (APS), alegando-se que melhoraria a prestação do serviço, na medida em que daria maior autonomia, assim como o segurado não precisaria se deslocar em grande distância para cumprir o Programa de Reabilitação Profissional (PRP), pelo menos em tese (PEREIRA, 2013).

De fato, a descentralização do serviço de RP é importante para o atendimento do segurado, entretanto, esta veio concomitantemente à contrarreforma do Estado e, portanto, no âmbito do desmantelamento dos serviços públicos e da implantação do modelo gerencial, o que implicou não fornecimento de infraestrutura, estrutura administrativa e logística e quadro de profissionais suficientes para atender o referido serviço. Objetivamente, isso significou não haver real intenção para que a prestação do serviço de RP seja efetivada adequadamente (PEREIRA, 2013).

Ainda nos anos 2000 (especificamente em 2003, com inspiração da “Carta de São Paulo”), foram elaboradas propostas para reformulação do modelo Reabilita, as quais foram encaminhadas e apresentadas na Reunião Técnica Nacional de Reabilitação Profissional do INSS em São Paulo, nos dias 8 a 12 de dezembro de 2003 (PEREIRA, 2013).

Mencionada Carta foi utilizada para embasar a elaboração do Projeto de Revitalização da Reabilitação Profissional, proposto pelo Ministério da Previdência Social (MPS) em 2008, com o projeto piloto sendo realizado em São Paulo (CANNALONGA, s/d. Disponível em: <[http://www.proreabilitacao.com.br/?p=pc\\_leila\\_art02](http://www.proreabilitacao.com.br/?p=pc_leila_art02)>. Acesso em: 21 mar. 2012).

De tal modo, a RP que até então vinha se direcionando claramente à contenção de custos (conforme se pode observar

claramente na ata da 112ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Previdência Social, CNPS, ocorrido em Brasília no ano de 2005. Já se pautava a “importância” da RP para atender o viés economicista — conter custos atrelado à arrecadação — e para continuar servindo de “válvula de escape” da Previdência Social), como já apontado, torna-se o alvo de ações do Estado, o qual passa a se preocupar para que seja “revitalizada” e suprima as deficiências já apontadas e discutidas por profissionais, gestores, trabalhadores, movimentos sociais e sindicais etc. (PEREIRA, 2013).

Apesar, no entanto, da implementação ainda em curso do referido Projeto de “Revitalização”, ele não resolveu os principais problemas desde o desmonte dos CRPs/NRPs e da implantação dos “novos modelos” de Reabilitação Profissional inspirados no “modelo gerencial do Estado”: a diluição das especificidades das profissões na figura do “orientador profissional” (questão essa que não é resolvida, mesmo com a contratação de novos servidores, pois as contratações apenas suprem o *déficit* do quadro de profissionais, mas não altera o modo de funcionamento da Reabilitação Profissional); o cumprimento de metas de atendimento; a delegação de atividades pertinentes ao processo de RP para terceiros (empresas e /ou outras instituições) como parceria público-privada; o atendimento do segurado de forma fragmentada e não em sua totalidade (considerando a necessidade apresentada pelo trabalhador *versus* Programa de RP instituído, que implica nos cursos/treinamentos oferecidos dentro do rol limitado de opções conforme disponibilizadas pelas empresas e/ou instituições parceiras ou de cooperação técnica); o cumprimento pró-forma do processo de RP; a lógica economicista de contenção de custos; entre outras (PEREIRA, 2013).

E mais, ele continua no mesmo curso, sendo, ainda, enfatizados incentivos à realização de parcerias público-privadas para funcionar o agora denominado *Programa de Reabilitação Profissional* (PEREIRA, 2013).

Não é à toa que estas questões são pouco explicitadas abertamente, nem se constituem como ordem do dia, pois são problemas que atendem às orientações atuais — inerentes às transformações societárias em curso (reestruturação produtiva, contrarreforma do Estado etc) — apenas propaladas ideologicamente como “necessárias para melhoria dos serviços prestados”, no caso, da Reabilitação Profissional (PEREIRA, 2013).

Na atualidade, ante uma conjuntura societária em que se evidenciam na ordem do dia constantes ataques e mudanças à política previdenciária, acarretando perdas dos direitos socialmente conquistados pelos trabalhadores e na precarização dos serviços prestados (indo na contramão das pautas reivindicadas pelos trabalhadores / profissionais — entre eles os assistentes sociais – órgãos representativos etc.); diante de metamorfoses ocorridas no mundo do trabalho e aumento no contingente de trabalhadores adoecidos / acidentados, é fundamental questionar-se e refletir-se acerca do funcionamento e direcionamento da RP do INSS, como parte da atenção estatal dada à saúde dos trabalhadores (PEREIRA, 2013).

No que diz respeito à realidade local da APS Florianópolis/Continente, como *locus* institucional subordinado à estrutura do INSS de âmbito nacional, tudo indica que os profissionais seguem a programática dos parâmetros instituídos para o funcionamento da RP. Dentro dos limites institucionais, porém, os profissionais dessa APS, juntamente com os da Seção de Saúde do Trabalhador, se preocupam incessantemente com a melhoria do serviço prestado, contribuindo com



proposições e ações da sua alçada para a efetivação do campo relacionado à saúde dos trabalhadores. Inclusive, pôde-se constatar durante as entrevistas que estes se prestam à busca de soluções para o impasse gerado no já referido “jogo de empurra” (PEREIRA, 2013).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com suporte nas discussões deste texto, pode-se inferir que a Previdência Social, nas últimas décadas, se distancia de suas ações precípuas, a fim de atender prioritariamente aos interesses do capital, em detrimento das necessidades da classe trabalhadora, num claro viés economicista e privatista.

As medidas adotadas, desde a década de 1990 até o presente momento, visando à melhoria na prestação do serviço previdenciário de Reabilitação Profissional, expressam um movimento híbrido e contraditório, que permeia o funcionamento da RP.

Tal significa dizer que, a descentralização do referido serviço para as APS com intuito de ampliar sua abrangência, o envolvimento direto dos peritos médicos junto às equipes de RP, a contratação de profissionais prescrita, a resolução de problemas de infraestrutura e logística etc., embora tenham relevância, não alteram o *modus operandi* da RP que da continuidade à implementação de medidas preconizadas no âmbito das contrarreformas do Estado, como, por exemplo, a permanência, na instituição previdenciária, de cargos generalistas que diluem as especificidades das profissões (PEREIRA, 2013).

Concomitantemente, outras medidas são tomadas nessa mesma direção, entre elas, a primazia da realização de parceria público-privada, tanto para a efetivação como para possibilitar o cumprimento do programa de RP.

Como desafios para a consolidação de um serviço de Reabilitação Profissional voltado para o atendimento das necessidades daqueles que a usufruem, além dos já expostos, cabe ainda ressaltar haver indícios de que a realidade local estudada converge com a realidade nacional, implicando a superação mais imediata de infraestrutura e logística, bem como se faz mister a ampliação da interface dessa política com ações intersetoriais do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) com o Ministério da Saúde, conforme preconizam as diretrizes da Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho.

Isso posto, o que está em xeque neste texto não é apenas a Reabilitação Profissional, mas, partindo dela, é possível explicitar o constante ataque, por vezes velado e obscuro, à saúde dos trabalhadores, situação esta que vem à tona ao rebater na política previdenciária.

Portanto, para estabelecer um serviço de RP efetivo, faz-se necessária, por um lado, a superação da lógica previdenciária de redução de custos para a óptica do direito, que atenda a real necessidade do trabalhador de forma articulada intersetorialmente, como já expresso. Além disso, “é preciso que se definam programas de acordo com a natureza das restrições apresentadas pelo reabilitando”. (MAENO; VILELA, 2010, p. 94).

De outra sorte, a luta deve ir na direção não apenas de ampliar o acesso do trabalhador às políticas sociais (seja previdência e/ou assistência), mas também na superação do fenômeno que enseja o adoecimento e/ou acidente. Esta deve ser um ponto de pauta na luta de classes para o extrato trabalhadora sob a lógica do capital.

A direção que se faz urgente é na perspectiva de outra sociabilidade, superando a lógica de maximização dos lucros que degrada o trabalhador e a desigualdade de classes.

No tocante à RP, é preciso, na atual conjuntura brasileira, que se fique atento às propostas e implementações de mudanças em curso.

## REFERÊNCIAS

BEHRING, E. **Brasil em contrarreforma**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BRASIL. **Lei nº. 11.907, de 2 de fevereiro de 2009**. Disponível em:< [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2007-2010/2009/Lei/L11907.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2009/Lei/L11907.htm)>. Acesso em: 30 dez. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Previdência Social. **Anuário Estatístico da Previdência Social**, 2011. Disponível em:< [http://www.mps.gov.br/arquivos/office/1\\_121023-162858-947.pdf](http://www.mps.gov.br/arquivos/office/1_121023-162858-947.pdf) >. Acesso em: 01 mar. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Previdência Social, Ministério do Trabalho e Emprego. **Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho**, 2011 a. Disponível em: <[http://www.mps.gov.br/arquivos/office/1\\_130129-095049-870.pdf](http://www.mps.gov.br/arquivos/office/1_130129-095049-870.pdf)>. Acesso em: 01 mar. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Previdência Social. **Resolução nº. 160/PRES/INSS, de 17 de outubro de 2011 b**. Aprova o Manual Técnico de Procedimentos da Área de Reabilitação Profissional. Disponível em: <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/72/INSS-PRES/2011/160.htm>>. Acesso em: 10 fev. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Previdência Social. **Decreto nº. 3.048, de 6 de maio de 1999**. Disponível em:< <http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1999/3048.htm>> . Acesso em: 30 dez. 2013.

BREGALDA, M. M. **Terapia Ocupacional e Reabilitação Profissional**: práticas e concepções de terapeutas ocupacionais no Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). São Carlos, SP, Universidade Federal de São Carlos, 2012. Dissertação de mestrado.

MACHADO et. al. (org.). **Saúde e trabalho no Brasil**: uma revolução silenciosa. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MAENO, M. ; VILELA, R. A. G. Reabilitação profissional no Brasil: elementos para a construção de uma política pública. In: **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, vol.35, nº. 121 jan/jun. FUNDACENTRO, 2010. Disponível em: <<http://www.fundacentro.gov.br/rbso/>

[BancoAnexos/RBSO%20121%20Reabilita%C3%A7%C3%A3o%20profissional%20no%20Brasil.pdf](#)>. Acesso em 14 de julho de 2011.

MEDEIROS, F. M. 2012 **Administração Pública e Previdência Social no Brasil:**

desconstrução neoliberal, mutações objetivas e subjetivas e suas particularidades em Juiz de Fora. Juiz de Fora, MG, Universidade Federal de Juiz de Fora — Faculdade de Serviço Social, 2012. Dissertação de mestrado.

PEREIRA, M. C. C. **O serviço de Reabilitação Profissional previdenciário:** desafios para sua consolidação. Florianópolis, SC, Universidade Federal de Santa Catarina — Programa de Pós-graduação em Serviço Social, 2013. Dissertação de mestrado.

TAKAHASHI, M. A. B. C. **Incapacidade e previdência social:** trajetória de incapacitação de trabalhadores adoecidos por LER/DORT no contexto da reforma previdenciária brasileira da década de 1990. Campinas, SP, Universidade Estadual de Campinas — Faculdade de Ciências Médicas, 2006. Tese de doutorado.

\_\_\_\_\_; IGUTI, A. M. As mudanças nas práticas de reabilitação profissional da Previdência Social no Brasil: modernização ou enfraquecimento da proteção social? Rio de Janeiro, **Cad. Saúde Pública**, nov. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n11/21.pdf>>. Acesso em 14 de julho de 2011.

# CAPÍTULO 8

## GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: POTENCIALIDADES E DESAFIOS DA HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO

*José Pereira Maia Neto*

*Débora Cardoso Ferreira da Ponte*

*Erasmus Miessa Ruiz*

*Emília Cristina Carvalho Rocha Caminha*

*Juliana Pessoa Costa*

*Patrícia Azevedo de Castro Aragão*

*Maria Salete Bessa Jorge*

### INTRODUÇÃO

Os modelos de atenção em saúde coletiva e de saúde mental que vêm sendo implementados com as propostas da Reforma Sanitária e Psiquiátrica no Brasil fizeram emergir novas concepções acerca dos processos de saúde/doença, impactando a abordagem do sofrimento psíquico, no plano teórico-assistencial, principalmente na relação “entre aquele que cuida e aquele que é cuidado”. (SILVEIRA; VIEIRA, 2005).

A discussão sobre gestão do cuidado surge, sendo definida como o provimento ou a disponibilização das tecnologias de saúde. Essa disponibilidade deve ocorrer de acordo com as necessidades singulares da pessoa, buscando o seu bem-estar, segurança e autonomia nas mais distintas áreas de sua vida. Sabe-se que essas necessidades, por sua vez, dependem dos diferentes momentos da vida do sujeito (CECILIO, 2011; BONFADA *et al.*, 2012; PIRES; GÖTTTEMS, 2009).

As transformações das práticas em saúde e na produção do cuidado são pensadas como o desafio central no debate das políticas de saúde e a base primordial para a sustentabilidade e legitimidade do SUS na atualidade. A integralidade é afirmada como conjunto de valores/signos que pautam e dão a direção necessária a estas transformações e rearranjos, qualificando e humanizando as práticas do SUS (NEVES e MASSARO, 2009).

Em razão da necessidade de mudança a desse modelo de saúde, surge em 2003 a “Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde”, entendida como estratégia de fortalecimento do sistema público de saúde. Seu propósito é o de contribuir para a melhoria da qualidade da atenção e da gestão da saúde no Brasil, por meio do fortalecimento da humanização como política transversal na rede, afirmando a indissociabilidade do modelo de atenção e de gestão. Tal proposta visa a legitimar os sujeitos implicados na produção de saúde - os gestores, os trabalhadores e os usuários - com origem nos valores que norteiam esta política: autonomia, protagonismo dos participantes, corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos, a participação coletiva na gestão e o ajuntamento atenção e gestão em saúde; ou seja, busca-se promover uma transformação da lógica assistencial (BRAGA, 2012; COTTA et al., 2013).

A humanização, como estratégia de intervenção nos processos de trabalho e na geração de qualidade da saúde, vai ao encontro dos princípios do SUS, ao enfatizar a necessidade de se assegurar atenção integral às pessoas, bem como estratégias que ampliem a condição de direitos e de cidadania. A humanização depende ainda de modificações no modo de pensar e agir das pessoas, na ênfase aos valores atrelados à defesa da vida, a fim de tornar criativo e prazeroso o modo de fazer o tra-

balho (COTTA et al., 2013); estando assim na dependência de uma reforma da tradição médica e epidemiológica, que logre combinar a objetivização científica do processo saúde/doença/intervenção com novos modos de operar decorrentes da incorporação do sujeito e de sua história desde o momento do diagnóstico até o da intervenção (CAMPOS, 2005).

A humanização configura aposta ética, estética e política. Ética, pois implica que usuários, gestores e trabalhadores estejam comprometidos com a melhoria do cuidado; estética, porque permite um processo criativo e sensível da produção da saúde por sujeitos autônomos e protagonistas de um processo coletivo. Concerne a político, refere-se à organização social e institucional, onde se espera que haja solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva da gestão (BARBOSA et al., 2013).

Para a implementação do cuidado com ações humanizadoras, é preciso valorizar a dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecer o trabalho em equipe multiprofissional, fomentar o estabelecimento de autonomia e protagonismo dos sujeitos, fortalecer o controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS, democratizar as relações de trabalho e valorizar os profissionais de saúde (OLIVEIRA, COLLET, VIEIRA, 2006).

Em suma, a humanização na saúde, segundo Deslandes (2004), é estabelecida por meio do compromisso das tecnologias da saúde, em seus meios e fins, com a realização de valores contrafaticamente relacionados à felicidade humana e democraticamente validados como bem comum, contrapondo, assim, os efeitos desumanizantes e fragilmente éticos que as práticas assistenciais modernas de saúde assumem.



Esta pesquisa visa, pois a contribuir para subsidiar tanto os gestores como trabalhadores da saúde no planejamento e execução de ações visando ao atendimento humanizado centrado na gestão do cuidado.

Objetiva-se, com efeito, analisar a dimensão profissional da gestão do cuidado em saúde mental, na perspectiva da humanização em saúde, para identificar as fragilidades e potencialidades da produção do cuidado na articulação entre os serviços que compõem a rede de atenção básica e atenção psicossocial, com vistas à melhoria e qualidade da assistência, com suporte na alteridade do diálogo.

## **METODOLOGIA**

Esta é uma pesquisa com abordagem qualitativa, realizada em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e em uma Estratégia Saúde da Família (ESF), localizados na Secretaria Executiva Regional IV (SER IV) no Município de Fortaleza, Ceará, Nordeste do Brasil. A SER IV é composta, entre outras, por uma rede de serviços de saúde, educacionais e grandes avenidas que funcionam como corredores comerciais. Este território agrega também a instituição de ensino superior onde os autores do estudo atuam e assumem a corresponsabilidade sanitária com a saúde da população, objetivando contribuir com a melhoria da assistência por meio da produção de conhecimento e divulgação de resultados que poderão contribuir com as políticas públicas.

Os participantes do estudo foram constituídos por grupos de representação, utilizando-se como critério de inclusão ser profissional dos serviços da ESF ou CAPS há mais de seis meses. Assim, o Grupo I foi composto por duas enfermeiras e dois médicos da equipe de Saúde da Família. Já o Grupo II

contou com a participação de um enfermeiro, um assistente social, um psiquiatra e um psicólogo do CAPS. O fechamento amostral foi baseado na saturação teórica, segundo o qual, as informações fornecidas pelos novos participantes da pesquisa pouco acrescentariam 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).

Para coleta das informações, foi elaborado um roteiro com questões sobre a experiência em saúde mental, as dificuldades e possibilidades que visualizam com a prática, tendo como foco a assistência integral do usuário do serviço. A seguir, os profissionais foram abordados no próprio local onde prestavam o atendimento de saúde, respondendo a entrevistas semiestruturadas e participando das observações sistemáticas das práticas.

Os dados foram gravados em áudio e, em seguida, transcritos. As observações foram registradas em diários de campo, com o objetivo de complementar as informações obtidas da entrevista. Para organização das informações, seguiram-se três etapas, estabelecidas por Minayo (1999), retraduzidas por Assis e Jorge (2010): ordenação, classificação e análise final dos dados, incluindo classificação das falas dos entrevistados, componentes das categorias empíricas, sínteses horizontal e vertical, bem como confronto entre as informações, agrupando as ideias convergentes, divergentes e complementares. De posse das informações, procedeu-se à análise, orientada pela Análise de Conteúdo Temática, baseada em Minayo (2008).

Esta análise faz parte de uma pesquisa mais ampla denominada “Gestão do Cuidado e Atenção Clínica em Saúde e Enfermagem no Cotidiano da Estratégia Saúde da Família e Cen-

tros de Atenção Psicossocial”, com financiamento do CNPq/MS. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, com Parecer N<sup>o</sup>. 122.324.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com o Sistema Único de Saúde (SUS), o Estado brasileiro traz para a sua responsabilidade a atenção à saúde de sua população, articulando-se em níveis de complexidade e assumindo o desafio de produzir saúde. Na atenção básica, as ações de prevenção, promoção e reabilitação da saúde envolvem diversas dimensões - desde o caráter individual e coletivo, até a integração entre diversos serviços. Nesse sentido, deve abranger todas as demandas da população, exceto os casos incomuns e/ou mais graves, que devem ser acolhidos e referenciados a centros especializados, como os (CAPS), que atendem as pessoas com sofrimento psíquico grave e/ou persistente (BRASIL, 2005).

Sendo assim, atenção básica e CAPS, imbuídos pelo sentimento produzido pela Reforma psiquiátrica, revelam suas potencialidades a fim de prestar um cuidado humanizado e resolutivo capaz de exceder os limites institucionais já cristalizados pela ênfase acentuada em um modelo “medicalizante” (MACHADO, *et al.*, 2007).

Toda essa potencialidade, entretanto, destoado da realidade encontrada por via da observação sistemática. O ideal da reforma ainda não saiu por completo do plano subjetivo, viabilizando assim a sobrevivência de práticas ainda centradas num modelo médico-hegemônico fragmentado e baseado no formato prescritivo de contenção do corpo e da alma. Os discursos indicam ainda que na ausência da figura médica ou do instrumento pelo qual produz cuidado, a medicação, o

usuário está sujeito a desassistência. No tocante a isso, emerge o discurso dos profissionais, tanto na ESF, quanto no CAPS. Desses, destacam-se:

Tem médico aqui prescrevendo direto, mas o paciente não tem dinheiro pra comprar, Risperidona, Haldol e Amitriptilina que são carro chefe daqui, porque, assim, se não tem medicamento, o serviço não funciona. Como é que a gente vai atender, se não tem nem medicamento? (Enfermeira 1 CAPS).

*Aqui, a gente depende muito do médico psiquiatra que dá um suporte aqui pra gente. Se ele não vem, como é que eu vou saber como proceder? Eu não me sinto capacitada pra atender esse tipo de gente e nem gosto. (ENFERMEIRA 1 ESF).*

Percebe-se, com efeito, que a resolução da demanda é centrada na prescrição do medicamento e numa prática de clínica centrada em único profissional, onde as relações são marcadas pela falta do diálogo integral e corresponsabilização, bem como pela sobreposição de poderes. Nesse modelo de atenção, o usuário não assume a autonomia do seu cuidado.

Corroborando Medeiros et al. (2010), o trabalho em saúde é constituído com suporte nas relações de poder reveladas pelo saber médico como corpo de conhecimento estruturado e da sua representação social perante a sociedade. Assim, o trabalho não é desenvolvido em conjunto, mas sim isoladamente, fato que prejudica uma prática que deveria ser alicerçada na interdisciplinaridade e, no cotidiano, se reproduz uma atuação compartimentada com forte tendência a reproduzir o modelo médico-centrado.

No intuito da mudança do modelo citado, a Política Nacional de Humanização usa como parâmetros para implementação de ações humanizadas na atenção especializada a otimização do atendimento ao usuário, articulando a agenda multiprofissional de ações diagnósticas e terapêuticas que demandam distintos saberes e tecnologias de reabilitação, sendo a pessoa acompanhado por vários profissionais da equipe, não sendo exclusividade médica a assistência ofertada (BRASIL, 2010b).

Trabalhar em saúde coletiva implica tornar os serviços resolutivos, de modo que as demandas sejam respondidas e as necessidades de saúde dos usuários sejam encaradas como responsabilidade da equipe e dos demais sujeitos sociais envolvidos no projeto terapêutico. A equipe de saúde deve refletir e discutir suas práticas, a fim de permitir que o usuário participe efetivamente da sua produção do cuidado (SIMÕES et al., 2007). Buscar opções que possibilitem o engajamento da equipe, ampliando assim suas possibilidades terapêuticas e capacidade resolutiva, representa um passo importante para fortalecer a vinculação entre usuários e profissionais, bem como ensejar melhor adesão ao plano de cuidado. As falas a seguir exprimem fragilidades nesse sentido:

*Se o usuário começa um tratamento e ele não vem com tanta frequência. Por exemplo, nos nossos grupos que acontecem uma vez por semana e ele falta dois encontros seguidos, então fica uma coisa quebrada e a gente nunca consegue dá continuidade. Aqui, nossa dificuldade maior, no caso, é dá continuidade ao nosso trabalho devido aos faltosos. A questão dos vales, a questão social, o problema social que as famílias tem*

*e aí não tem como vir com tanta frequência, toda semana se não tem o apoio financeiro. (ENFERMEIRA 1 CAPS).*

*Não tem alimentação, às vezes não tem lanche, eles não têm água. Se não é dado pela gestão a gente não faz, mas no mais são essas mudanças. Às vezes não tem carro pra visita porque já tem a quilometragem que está acima. (ENFERMEIRA 2 CAPS).*

Desse modo, observa-se que, ao se analisar as práticas assistenciais instituídas nos serviços de saúde, a baixa responsabilização e a descontinuidade nos tratamentos imperam, resultando na ínfima qualidade das relações clínicas (refletida no descaso, no descuido, no cuidado burocrático e indiferente aos usuários), aspectos que refletem a “falta” de humanização e integralidade da atenção (PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011).

Desdobrando um pouco mais este sentido geral, tem-se que a humanização da atenção abrange fundamentalmente aquelas iniciativas que apontam para a democratização das relações entre os sujeitos, maior diálogo, primando pela melhoria da comunicação entre profissional de saúde e paciente e, por fim, reconhecendo os direitos do usuário e sua subjetividade (TEIXEIRA, 2005). Na publicação do documento sobre a PNH redigido para gestores e trabalhadores do SUS (2010a), esse entendimento é reforçado, e expressa a noção de que as práticas de saúde, de forma humanizada, devem fomentar a autonomia e o protagonismo dos diversos sujeitos envolvidos e dos coletivos.

Segundo o relato dos profissionais, no serviço, os usuários têm autonomia para propor temas de seu interesse para

serem abordados dentro dos grupos terapêuticos, além de poderem escolher um profissional por quem tenham apreço para a este se vincularem. Isso revela aspectos positivos no caminhar do usuário pelo serviço, dando a ele possibilidade de debater aspectos da vida cotidiana que o afligem ou interessam e ainda de escolher um profissional com quem tem mais afinidade e confiança para acompanhá-lo no serviço. A seguinte fala se refere ao fato anteriormente citado:

*Eles dizem assim: eu queria que tivesse música, eu queria assistir tal filme ou eles começam a falar sobre um tema aí a gente diz pois na próxima segunda-feira a gente vai falar sobre isso, quando um levanta um assunto, por exemplo sobre namorada e dois ou três se interessam aí a gente diz pois próxima semana a gente vai falar sobre namorada (ENFERMEIRA 1 CAPS).*

Na perspectiva de dar concretude às mudanças necessárias para que se produza um cuidado integral e humanizado, agregando outros instrumentos além da medicação, a PNH engloba alguns dispositivos para a sua efetivação, como Projeto Terapêutico Singular, Apoio Matricial e Acolhimento, buscando mudanças nas práticas de saúde e envolvendo variados agentes sociais, cujos saberes e ações sejam imanentes entre si (PASCHÉ; PASSOS; HENNINGTON, 2011). Os discursos apontam a necessidade de uma reestruturação dos saberes e práticas, de modo que novas maneiras de se operar em saúde sejam viabilizadas pelo fortalecimento das ações interdisciplinares:

*[...]. Eu nunca vi sentar todo mundo e vamos aqui construir um projeto terapêutico um dos profissionais, cada um dos pacientes,*

*não, acontece muito pelo atendimento individual aí a partir dele eu traço, ela traço e a gente conversa, tentar interligar isso. Nunca um projeto abre para toda a equipe, nem se for aquele projeto que a gente está tentando a muito tempo e não tem sucesso, nem aí (ENFERMEIRA 1 CAPS).*

Para Carvalho (2012), uma das maiores dificuldades do trabalho em equipe é a relação interpessoal, a vinculação de poder e as distintas concepções do que seja trabalhar em equipe, fato demonstrativos da importância da dimensão do trabalho como interação social no campo da saúde.

Fica explícita, desse modo, a necessidade de mudanças no modelo de atenção e, para tanto, se fazem necessárias mudanças também no modelo da gestão. Trabalhar na perspectiva da valorização dos sujeitos implicados na produção de saúde ao passo em que se articulam os diversos dispositivos e espaços sociais que integram a rede de cuidado à saúde mental, colabora com a autonomia e o protagonismo das pessoas e dos serviços, sendo essa uma premissa indispensável para que seja ofertado um cuidado resolutivo e humanizado. Na medida em que profissionais e serviços fecham os olhos para essas questões, as ações terapêuticas tornam-se contingentes e limitadas, como referido nas falas:

*A gente tem dificuldade nessa articulação. É uma coisa que a gente tem falado muito nas reuniões de fazer mapeamento, de sair do CAPS de conhecer os serviços próximos, conhecer as referências desses serviços pra gente está fazendo essa articulação. Com os outros CAPS a gente tem uma boa articulação, com as escolas, quando tem visita do-*



*miciliar a gente vai, mas só até agora o que vi só quando é visita domiciliar e as vezes o trabalho emperra, não sai do conto por isso. (PSICÓLOGA CAPS).*

*A gente tenta, até assim porque faz parte da política, a gente não trabalha só o CAPS. Que acontece, a gente, médico, enfermeiro, psicólogo seja qual for a categoria, a gente se preocupa sempre que o adolescente esteja no colégio e que o familiar esteja envolvido no tratamento. A gente sempre faz essa busca, pede relatório do colégio para saber como ele está, o colégio pede relatório pro CAPS pra saber como ele tá. Então essa questão de extra, extra muro, extra CAPS tem que haver, tem que ter essa parceria porque o familiar diz que ele tem um comportamento aqui, mas em casa ele é diferente, então tem que haver a parceria. Não acontece do jeito que é pra acontecer, não é, não acontece, mas a gente assim, eu percebo o compromisso dos profissionais entendeu, em se dá e doar o que for de melhor. (ENFERMEIRA CAPS).*

Com esse objetivo, uma das direções de abordagem da PNH é a criação de formas de trabalho que não se submetam à lógica dos modos de funcionamento instituídos; modos de trabalhar que superem as dissociações entre os que pensam e os que fazem, entre os que planejam e os que executam, entre os que geram e os que cuidam (SANTOS FILHO, BARROS, GOMES, 2009).

Os profissionais têm de ter o entendimento de que todo trabalho se dá sempre em meio a negociações, escolhas e arbitragens, nem sempre conscientes, que dependem do tipo de

inserção de cada um e de todos que compactuam daquele meio de trabalho, assim como as políticas de saúde, os valores e as práticas de saúde instituídas, as relações de forças e de poderes presentes em cada ambiente de trabalho. Portanto, todos os sujeitos são corresponsáveis pela gestão das situações de trabalho e tem o potencial de ajudar a transformá-las ou mantê-las como estão (SANTOS FILHO, BARROS, GOMES, 2009).

Deste modo, a produção do cuidado se concretiza com base no princípio da integralidade, o que ainda representa grande desafio, principalmente no tocante ao caminhar na rede pelo usuário, uma vez que esse fluxo deve ocorrer sem as barreiras burocráticas que cristalizam e estilhaçam a produção do cuidado. Humanização e integralidade envolvem também a dimensão cuidadora do profissional de referência, que vai além de suas habilidades técnicas (PAIM, 2005).

A atenção multidisciplinar representa, nesse processo, a linha do cuidado que é fruto de um grande acordo a ser realizado entre todos os sujeitos sociais que controlam serviços e recursos assistenciais, colaborando para que não exista sobrecarga de responsabilidades em uma determinada classe profissional, que se centrem ações unicamente nos profissionais. É necessário se compreender que:

*[...] o CAPS é um apoio, então ele precisa também de outros serviços, ele precisa da família, ele precisa da comunidade. Eu sempre digo nos meus encontros que o CAPS é um suporte. Tem que existir um tripé: tem que ter outros serviços vinculados, tem que ter a família – então, a família só agora que está melhorando na questão da adesão, a gente está fazendo a busca desses familiares para*

*que eles se envolvam no tratamento, porque eles ainda têm a visão de que quem está doente é o filho, o irmão, o pai e não ele. Então o que a gente realiza aqui é resolutivo? Vai depender de cada caso. (MÉDICO CAPS).*

Dessa maneira, a importância da inclusão das famílias cuidadoras de pessoas em sofrimento psíquico na atenção psicossocial promove nova organização na perspectiva do cuidado em saúde. O acolhimento e a orientação, aspectos fundamentais no estabelecimento da corresponsabilização na atenção, favorecem a aproximação do cuidador ao serviço, sendo a família o núcleo central de suporte e apoio nas ações psicossociais (MIELKE et al., 2010).

Tem-se, com efeito, o compromisso necessário e urgente de repensar novas propostas capazes de transformar as pessoas implicando-os nos processos políticos e decisórios que viabilizem mudanças sólidas no sistema público de saúde. Nessa reestruturação do processo de trabalho em saúde e de seus produtos, as práticas de saúde necessitarão ter valorizados os seus aspectos até então renegados dentro do corpo da instituição de saúde, que seriam: as diferenças, as relações, a afetividade, a vontade, a produção desejante, o envolvimento, a criatividade, a responsabilização, entre outros.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As condições em que se encontra grande parte dos serviços de saúde apontam para a necessidade de reformulação das práticas cotidianas, tanto da gestão quanto da atenção à saúde, transpondo a característica institucionalizadora presente nos serviços que ainda coisificam as pessoas que utilizam os serviços de saúde, tentando a satisfação de suas necessidades.

Logo, é preciso reconhecer quais elementos potencializam e limitam a produção do cuidado, permitindo que ações humanizadoras de valorização da dimensão subjetiva e social estejam presentes em todas as práticas de atenção e gestão no SUS. O investimento na humanização fomenta o trabalho em equipe multiprofissional e o estabelecimento da autonomia e protagonismo dos sujeitos, efetivando o controle social, democratizando, assim, as relações de trabalho e valorizando os profissionais de saúde.

Humanizar a saúde é apreender que cada qual possui singularidade, tendo peculiaridades, interesses e necessidades, e que o exercício da autonomia tem que ser cultivado no âmbito desses cenários. Assim, a discussão sobre humanização na saúde não se limita a problemas e necessidades fisiológicas, mas também engloba questões sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes nas relações humanas das ações relativas à atenção em saúde. Desse modo, o processo de trabalho em saúde deve ser direcionado sobre os corpos e as mentes de pessoas concretas, considerando a pessoa em todos os seus aspectos biopsicossociais.

Para que ocorra essa reordenação do modelo de saúde de forma humanizada com base gestão do cuidado, deve-se primar pela promoção de encontros intersubjetivos, animados em uma nova ordem relacional pautada na corresponsabilização dos sujeitos. Assim, os dispositivos da Política Nacional de Humanização surgem para subsidiar essa nova visão da assistência e gestão. A clínica ampliada constitui um dos dispositivos e tem por objetivo ampliar o diálogo com outros saberes e práticas mediante atuação das equipes multiprofissionais.

Salienta-se que as ações de saúde corresponsabilizadas não se articulam apenas baseadas em um local de trabalho ou

clientela comum. Além disso, a integração exige o reconhecimento do trabalho do outro, tomá-lo efetivamente em consideração, o que abrange a dimensão comunicativa e ética na interação humana.

Nesse sentido, a humanização está na dependência de uma série de mudanças no plano comportamental, cultural e institucional, dando ênfase a valores ligados à defesa da vida, na construção de vínculos entre equipes e usuários e na possibilidade da transformação do trabalho em processo criativo e revelador.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, J. T. (Coordenador) **Em busca do humano**. Observatório de Recursos Humanos em Saúde - Estação CETREDE / UFC / UECE. Fortaleza, 2007.

BARBOSA, G. C.; MENEGUIM, S.; LIMA, S. A. M.; MORENO, V. Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 66, n.1, Brasília, Jan./Feb. 2013.

BARROS, R. S.; BOTAZZO, C. Subjetividade e clínica na atenção básica: narrativas, histórias de vida e realidade social. **Ciência & saúde coletiva**, v. 16, n. 11, Rio de Janeiro, Nov. 2011.

BONFADA, D. et al. A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. Temas livres. **Ciência & saúde coletiva**, v. 17, n. 2, p. 555-560, 2012.

BRAGA, G. A. R. A Política Nacional de Humanização (PNH) e a Psicanálise: Convergência no Centro de Atenção Psicossocial - CAPS. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**,v. 7, n. 2, São João del-Rei, julho/dezembro, p. 235-246, 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONESP. Normas para pesquisas envolvendo seres humanos. Resolução CNS 466. **Serie Cadernos Técnicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Cartilha Humaniza SUS na atenção básica**. Brasília, Distrito Federal, 1ªed. 2010b.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Documento-Base para gestores e Trabalhadores do SUS**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 4ª.ed. 2010a.

\_\_\_\_\_, O SUS de A a Z: **Garantindo Saúde nos Municípios**. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Brasília, DF; 2005.

CAMPOS G. W. S. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 17, p. 389-

406, mar/ago, 2005.

CAMPOS G. W. S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, n. 4, p. 863-70, 1998.

CARVALHO, G. **Coordenação de unidade de atenção básica no SUS: trabalho, interação e conflitos**. 2012. 300p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2012.

CECCIM, R. B.; MERHY, E. E. Um agir micropolítico e pedagogio intenso: a humanização entre laços e perspectivas. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, supl. I, p. 531-542, 2009.

CECILIO, L.C.O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Espaço Aberto. Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, n. 37, p. 589-99, abr./jun. 2011.

COTTA; R.M.M.; REIS, R.S.; CAMPOS, A.A.O.; GOMES, A.P.; ANTONIO, V.E.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Debates atuais em humanização e saúde: quem somos nós? **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.1, p.171-179, 2013.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. Sao Paulo: Hucitec, 2004. 206p.

DESLANDES. S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.

MEDEIROS, C. R. G. et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & saúde coletiva**, v. 15, supl.1, p. 1521-1531, 2010.

MENDES, E.V. **Os grandes dilemas do SUS**. Tomos I e II. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.

MIELKE, F.B. et al. A inclusão da família na atenção psicossocial: uma reflexão. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p.761-765, out/dez, 2010.

MINAYO, M. C. DE S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde (6a ed.). São Paulo: Hucitec, 1999.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde (11a ed.). São Paulo: Hucitec, 2008.

NEVES, C.A.B.; MASSARO, A. Biopolítica, produção de saúde e outro humanismo. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, supl. 1, p. 503-14, 2009.

OLIVEIRA, B. R. G.; COLLET, N.; VIERA, C. S. A humanização na assistência à saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 277-84, 2006.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E.; HENNINGTON, E. A. Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4541-4548, 2011.

PINHEIRO, R.; LUZ, M. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO R, MATOS RA. **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, 2003.

PIRES, M. R. G.M.; GÖTTEMS, L. B. D. Análise da gestão do cuidado no Programa de Saúde da Família: referencial teórico-metodológico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 2, p. 294-299, mar-abr, Brasília, 2009.

SANTOS FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B.; de e GOMES, R. S. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, supl.1, p. 603-613, Botucatu, 2009.

SILVEIRA, D. P.; VIEIRA, A. L. S. Reflexões sobre a ética do cuidado em saúde: desafios para a atenção psicossocial no Brasil. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 5, n. 1, jun., Rio de Janeiro, 2005.

SIMÕES, A. L. A.; RODRIGUES, F. R.; TAVARES, D. M. S. Humanização na saúde: enfoque na atenção básica. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 16, n. 3, julho/set., Florianópolis, 2007.



SUNDFELD, A. C. Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, p. 1079-1097, Rio de Janeiro, 2010.

TEIXEIRA, R. R. Agenciamentos tecnosemiológicos e produção de subjetividade: contribuições para o debate sobre a trans-formação do sujeito na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 49-61, 2001.

TEIXEIRA, R. R. Humanização e atenção básica à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 585-597, 2005.

# CAPÍTULO 9

## APOIO MATRICIAL COMO ESTRATÉGIA PARA O CUIDADO INTEGRAL EM SAÚDE MENTAL: CONCEPÇÕES, SABERES E PRÁTICAS

*Maria Salete Bessa Jorge*

*Juliana Pessoa Costa*

*Emília Cristina Carvalho Rocha Caminha*

*Débora Cardoso Ferreira da Ponte*

*Erasmio Miessa Ruiz*

*José Pereira Maia Neto*

*Gisele Caroline Ponte de Macêdo*

### INTRODUÇÃO

O cuidado em saúde se produz em rede, evidenciada mediante as articulações percebíveis entre as unidades nos seus diversos níveis, entre as equipes, os saberes, as práticas, as subjetividades, remetendo à ideia de imanência e de interdependência (FRANCO, 2006).

Nesse sentido, o arranjo organizacional do apoio matricial (AM) ou matriciamento, formulado por Campos (1999), surge com o objetivo de aumentar o grau de resolubilidade das ações de saúde. Este arranjo propõe uma reformulação no modo de organização dos serviços, bem como relações horizontais entre as especialidades que passam a oferecer apoio técnico horizontal às equipes interdisciplinares da atenção primária, favorecendo assim a conexão em rede.

O matriciamento entretanto, pode, ser entendido como a construção de momentos relacionais, em que se estabelecem

trocas de saberes entre os profissionais, apoiando os diferentes serviços de atenção envolvidos no cuidado dos usuários, como, por exemplo, uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), o matriciamento desmistifica a errônea ideia de saúde mental como “cuidado restrito aos loucos” e apoio matricial como “encaminhamento ao especialista”. (MACHADO et al., 2013).

Figueiredo e Campos (2009) afirmam que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é uma importante aliada nos cuidados às pessoas com transtornos mentais, pois se observa que em grande parte os usuários encaminhados aos serviços especializados não possuem, *a priori*, uma demanda específica que justifique a necessidade de uma atenção especializada. Dessa forma, usuários com transtornos mentais podem ser tratados e acompanhados nas unidades básicas de saúde, a partir de orientação adequada.

Portanto, a maioria dos usuários percorre diversos serviços e não têm atendidas as suas necessidades no que tange à saúde mental, já que o CAPS têm por prerrogativa atender e tratar pacientes com transtornos mentais graves e persistentes, ficando as demais situações, como depressão leve e moderada, ansiedade, a cargo da atenção básica (MACHADO et al., 2013).

É nesta linha de entendimento que o apoio matricial visa a potencializar a ESF na construção dos projetos terapêuticos dos pacientes com transtornos mentais de maneira ampliada, pois os profissionais da UBS estão mais próximos dos usuários e do território onde estes vivem (DELFINI; SATO; ANTONELI; GUIMARÃES, 2009).

Em face dessas questões referentes ao apoio matricial dos serviços, o objeto deste estudo mostra-se relevante para contribuir com a formulação de práticas mais condizentes com

as demandas dos usuários de saúde mental. Assim, objetivou-se analisar o matriciamento no cuidado em saúde na atenção básica a partir dos discursos de profissionais do CAPS e ESF.

## **METODOLOGIA**

Esta é uma pesquisa com abordagem qualitativa, realizada em um CAPS e uma ESF, localizados na Secretaria Executiva Regional IV (SER IV) no Município de Fortaleza, Ceará, Nordeste do Brasil. A SER IV é composta, entre outras, por uma rede de serviços de saúde, educacionais e grandes avenidas que funcionam como corredores comerciais. Este território agrega também a instituição de ensino superior onde os autores do estudo atuam e assumem a corresponsabilidade sanitária com a saúde da população, objetivando contribuir com a melhoria da assistência por meio da produção de conhecimento e divulgação de resultados que poderão contribuir com as políticas públicas.

Os participantes do estudo foram constituídos por grupos de representação, utilizando-se como critério de inclusão ser profissional dos serviços da ESF ou CAPS há mais de um ano e que seja participante do Apoio Matricial em saúde mental. Assim, o Grupo I foi composto por duas enfermeiras e dois médicos da equipe de Saúde da Família. Já o Grupo II contou com a participação de um enfermeiro, um assistente social, um terapeuta ocupacional e um psicólogo do CAPS. O fechamento amostral foi baseado na saturação teórica, segundo o qual, as informações fornecidas pelos novos participantes da pesquisa pouco acrescentariam 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).

Para coleta das informações, foi elaborado um roteiro com questões sobre a experiência em saúde mental, a prática do Apoio Matricial, as dificuldades e possibilidades que visualizam com essa ferramenta, tendo como foco a responsabilização e a assistência integral do usuário do serviço. A seguir, os profissionais foram abordados no próprio local em que prestavam o atendimento de saúde, respondendo a entrevistas semiestruturadas e participando das observações sistemáticas das práticas.

Os dados foram gravados em áudio e, em seguida, transcritos. As observações foram registradas em diários de campo, com o objetivo de complementar as informações obtidas da entrevista. Para organização das informações, seguiram-se três etapas, estabelecidas por Minayo (1999), retraduzidas por Assis e Jorge (2010): ordenação, classificação e análise final dos dados, que inclui classificação das falas dos entrevistados, componentes das categorias empíricas, sínteses horizontal e vertical, e confronto entre as informações, agrupando as ideias convergentes, divergentes e complementares. De posse das informações, procedeu-se à análise que foi orientada pela Análise de Conteúdo Temática, baseada em Minayo (2008).

Esta análise faz parte de uma pesquisa mais ampla, denominada “Produção da Atenção à Saúde e Suas Articulações. Com as Linhas de Cuidado do SUS e da Rede Assistencial de Saúde Mental”, financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq.

Em se tratando dos aspectos éticos em pesquisa envolvendo seres humanos, consta na Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012 que: “toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco. O dano eventual poderá ser imediato ou tardio, comprometendo o indivíduo ou a coletividade” (BRA-

SIL, 2013). Desta forma, ficou-se responsável, caso fosse necessário, por suspender a pesquisa imediatamente ao perceber algum risco ou danos à saúde do sujeito participante.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Pensar a integralidade das ações em saúde é reconhecer que ela está diretamente implicada à compreensão do indivíduo como um ser com dimensões biológica, psicológica e social, contrapondo-se às atitudes fragmentadas e pautadas no modelo médico-hegemônico (MATTOS, 2001). Superar a lógica de intervenção baseada no padrão “queixa-conduta” e nos procedimentos cristalizados de “referência e contrareferência” é um passo importante para que a produção do cuidado baseada na resolubilidade desde a corresponsabilização entre os sujeitos. (ARONA, 2009).

O matriciamento no cotidiano da ESF, com base em ações integrais, permite a distinção entre situações que possam ser acolhidas pela equipe da unidade de saúde, daquelas demandas que exijam uma atenção especializada em saúde mental. Desse modo, a equipe amplia seus horizontes terapêuticos, no sentido de ofertar cuidado aos sujeitos em sofrimento psíquico, ao passo que busca novos recursos socioassistenciais, tornando-se corresponsável pela atenção.

A ESF tem papel de realce no processo de desinstitucionalização dos sujeitos e efetivação da reforma psiquiátrica, na medida em que se busca aproximar a atenção e cuidado em saúde mental ao cotidiano dos usuários, onde a vida acontece e as relações se estabelecem (STARFIELD, 2002). Isto fundamenta e viabiliza saberes e práticas que se opõem à “psiquiatriação” e à “medicalização” do sofrimento, promovendo acesso a níveis terapêuticos condizentes com as vulnerabilidades e

potencialidades de cada indivíduo (FIGUEIREDO & ONOCKO CAMPOS, 2009).

A observação sistemática evidencia a construção de novos projetos terapêuticos baseados em arranjos de atenção que tentam ir além da conduta medicamentosa, buscando dar resposta às necessidades dos usuários. Confirmando isso, salienta-se o seguinte discurso:

Além do atendimento prescritivo, a gente tem que pensar em desenvolver trabalhos diferenciados, que também levem o indivíduo a pensar em estratégias de cuidado. É assim que se pensa, por exemplo, em grupos de cuidado, de grupos terapêuticos mesmo, onde os próprios usuários contribuam no tratamento uns dos outros, com apoio, com compartilhamento de experiências parecidas [...] (Grupo II - terapeuta ocupacional).

Embora seja notória a tentativa da equipe em buscar novas propostas terapêuticas, a figura do médico ainda aparece como hegemônica na configuração do processo de trabalho:

[...]. A não adesão dos médicos dificulta, né? Apesar da adesão de outros profissionais, eles não prescrevem remédios. E aí não dá pra resolver (Grupo I - enfermeiro).

A equipe confere à medicação, entretanto, como papel primordial no processo cuidado e se refugia nesse discurso em virtude das facilidades promovidas pela supervalorização do conhecimento técnico. Considerar a subjetividade do sujeito e trabalhar no sentido de promover sua autonomia não é tarefa

fácil, exigindo do profissional um saber que vai além da prática “medicalizante” e do conhecimento técnico.

Em adição a isso, observa-se que os discursos são permeados por sentimentos de medo, estigma e preconceito, sendo reflexo das percepções enraizadas no imaginário social e frutos de toda trajetória de exclusão e improdutividade que foi imputada àquele em sofrimento psíquico. Essa segregação está presente, inclusive, no cotidiano dos serviços, onde há o distanciamento da saúde mental das demais demandas de saúde, como se analisa no seguinte discurso:

[...] não é que a gente não tenha interesse, ou desejo, de atender os pacientes de saúde mental, nós não temos tempo e acho que até falta mais formação, mais qualificação para que possamos nos sentir mais preparados e daí diminuir essa sensação de medo, de ansiedade dos profissionais em tá lidando com essa situação [...] (Grupo I - enfermeiro).

A conduta medicamentosa tem papel de realce no que diz respeito ao cuidado ofertado ao portador de transtorno mental, porém centralizar as ações nesse tipo de conduta faz com que usuários e profissionais se acomodem e se tornem dependentes desse artifício, mascarando sentimentos e sensações.

O modelo biomédico que tem se contrapõe a dimensão existencial do sujeito em sofrimento psíquico tem inviabilizado uma revisão valorativa, de modo que esse indivíduo seja capaz de produzir valor social, ações que viabilizem uma responsabilização entre os sujeitos implicados. Desse modo, os saberes e práticas pautados na Medicina tradicional assumem



caráter simplesmente prescritivo, muitas vezes dissociado da dimensão experiencial do sujeito.

Na compreensão de Quinderé (2008), o AM deve viabilizar a elaboração de um plano terapêutico que envolva os diversos equipamentos sociais disponíveis. Ofertar um cuidado que extrapole as fronteiras de um determinado serviço e seja capaz de mobilizar diversos atores sociais é fundamental para dar andamento ao caso. A equipe de referência deve dispor de estratégias variadas capazes de ampliar e diversificar as possibilidades terapêuticas.

A articulação entre as equipes de referência e matriciadora proporciona uma organização dos fluxos e contribui para uma assistência pautada na integralidade, à medida que articula níveis de complexidade na busca da resolubilidade assistencial. A interação favorece a troca de saberes e experiências, ampliando os horizontes de reflexão acerca das práticas profissionais, elevando o seu grau de capacitação e favorecendo o trânsito do usuário pela rede.

Observou-se que a prática do AM concede ao projeto terapêutico dos casos abordados uma nova roupagem, passando a considerar aspectos antes renegados da vida do sujeito, como seus vínculos com família e comunidade, suas redes sociais de apoio. Assim, o serviço procura sempre ser um intercessor na articulação entre sujeito em sofrimento psíquico e potencialidades no contexto social de seus assistidos.

A garantia de acesso ao serviço para realizar acompanhamento por meio da marcação de consultas, bem como a disponibilidade e garantia de recebimento de medicamentos, são mecanismos importantes no contexto da atenção à saúde, sendo encarados como parte de um tratamento global e que por isso não pode-se restringir a isso. O erro se mostra quando

esses elementos são vistos como única possibilidade de efetivar cuidado e não como procedimentos com potencial constitutivo de produzir cuidado.

Ainda no tocante ao universo da efetivação e da garantia de continuidade do cuidado, aspectos importantes precisam ser considerados, tais como: a presença de uma equipe multiprofissional que tenha como base de trabalho a interdisciplinaridade, articulando diversos saberes e práticas aos vários níveis de atenção, fortalecendo o vínculo estabelecido entre os trabalhadores e usuários assistidos. Com isso, há a possibilidade de que novas estratégias de cuidado sejam implantadas, como se observa:

[...] então o grupo de apoio matricial dá essa segurança, porque você está ali constantemente, envolvendo esse paciente, através da educação em saúde. A gente orienta, acompanha os casos [...]. Isso fez com que a gente ampliasse nosso olhar, agora estamos organizando aqui no posto grupos de massoterapia, terapia comunitária. (Grupo I – médico).

Segundo referido nos discursos, a tarefa de efetivar cuidado deve estar solidificada em ações que impliquem respeito ao usuário, tornando-o corresponsável do seu cuidado, possuindo papel ativo nas ações de saúde que visem a melhorar sua condição de saúde. O usuário necessita assumir, em conjunto com a equipe, a responsabilidade por seu processo de saúde-doença, tendo consciência da construção do seu projeto terapêutico.

[...] eu procuro tratar eles bem, com respeito. Porque às vezes você chega doente, só de você tratar ele bem, ele se sente melhor, apesar das dificuldades [...] então a gente

procura explicar o problema para ele, que a saúde não é brincadeira, que ele tem que se cuidar por causa das complicações. Então a gente tenta convencer ele a retornar a unidade, meio que mostrando mesmo o que é que pode acontecer se ele não voltar. Ele tem que tomar o medicamento direitinho, que ele tem que se cuidar. (Grupo I – enfermeiro).

Os casos que chegam ao CSF são avaliados por meio de triagem. A escuta marca esse momento inicial e é por seu intermédio que serão identificadas as especificidades e demandas, para então serem realizados os encaminhamentos, caso necessário. Os principais serviços que recebem encaminhamentos são o CAPS e dos demais níveis de atenção, incluindo os dispositivos do seio comunitário, como mostra o discurso a seguir:

Aqui no posto, a gente atende os transtornos mentais que sejam leves ou moderados, esses não têm necessidade da gente tá encaminhando para o CAPS; muitos até já passaram pelo CAPS e mandaram de volta, eles fazem tipo uma contrareferência pra ele ser acompanhado aqui no posto. Os que têm muita gravidade, são encaminhados para os CAPS. Aqui, quando chega aqui, a gente faz a triagem dos casos, são feitos os encaminhamentos necessários. Quando é um paciente muito grave que a gente não consegue resolver, atualmente a gente conta com um apoio muito grande do CAPS e do NASF a gente liga, pede uma opinião, às vezes eles podem dar um matriciamento para a gente ou a gente encaminha esse paciente. (Grupo I – médico).

Os trabalhadores apontam ainda para a concepção de que o apoio matricial descentraliza ações voltadas para o cuidado na medida em que partilha saberes e práticas de profissões diversas, induzindo à corresponsabilização entre os variados sujeitos. Essa conformação do trabalho garante o estabelecimento de uma rede de cuidado que envolve atenção primária e serviço especializado.

[...] então eu percebi que depois do matriciamento a gente quase não tá mais encaminhando para o CAPS porque os casos que a gente sabe que dá pra ficar com a gente, a gente tá ficando. A partir da escuta a gente vai avaliando. (Grupo I – enfermeiro)

O cuidado em saúde se efetiva desde o fluxo singular do usuário no sistema de saúde por via das intervenções cuidadosas, até que sejam alcançadas as suas solicitações. Os discursos evidenciam a necessidade de que os profissionais se mobilizem para elaborar estratégias que garantam ao usuário atendimento e resolubilidade:

Muito já se tem feito, mas nós precisamos avançar ainda muito, especificamente, na saúde mental, nosso foco é processo da destitucionalização, da reforma psiquiátrica, mas fica um discurso e uma vontade de fazer muito grande em relação a estabelecer condições de uma rede de saúde mental que o objetivo seja realmente a reforma. (Grupo II - assistente social).

Assim, o apoio matricial assume a função de articulador de uma rede de saúde mental nos territórios e na própria comunidade, transcendendo a lógica de produção em saúde baseada na queixa-conduta e permeada por modelos prescritivos.

vos, hierarquizados e cristalizados, para lançar outra perspectiva à comunidade e suas necessidades, elevando sua qualidade de vida:

[...] assim, com o matriciamento espera-se que os profissionais do posto mudem o olhar e que entendam que o paciente precisa ser inserido dentro da comunidade dele, que ele é do território, que ele consiga ter uma qualidade de vida assegurada dentro da comunidade dele, sem nenhum tipo de exclusão, que ele seja incluído na comunidade em que ele vive. (Grupo II – psicólogo).

Além de articular uma rede de cuidado, o Apoio Matricial possibilita a articulação das diversas circunstâncias sociais e individuais, suscitando um encontro de subjetividades que nega a “psiquiatrização” e à “medicalização” das questões cotidianas, descobrindo e incentivando as potencialidades do sujeito portador de transtorno mental, na medida em que constrói arranjos assistenciais para resposta às necessidades dos usuários (FIGUEIREDO e ONOCKO-CAMPOS, 2009). O apoio matricial é citado pelos trabalhadores como possibilidade de cuidado a esse usuário no contexto da atenção primária:

Então assim, o paciente chega com um transtorno mental, geralmente a gente faz uma avaliação desse paciente e antes de encaminhar ele pro CAPS, geralmente é o médico que faz, mas antes ele passa pelo médico pelo matriciamento, passa pelo médico da equipe pra depois encaminhar pro CAPS (Grupo II - enfermeiro).

Dependendo da necessidade, há o encaminhamento para o Matriciamento, isso

quando o paciente não faz uso de nenhuma medicação. Quando ele faz e só quer renovar a receita eu faço uma abordagem do estado mental dele, porque eu fiz um curso da atenção básica nos transtornos mentais promovido pela prefeitura, aí eu vejo a necessidade de ta revendo a questão medicamentosa (Grupo II - médico).

E o que a gente mais faz aqui seria uma terapêutica do matriciamento, aí a gente encaminha pro matriciamento pra ele ser acompanhado lá. Normalmente não sou eu que faço o Matriciamento, é outra enfermeira que participa e uma médica da unidade (Grupo II enfermeiro).

Desta forma, reforça-se a afirmação de Tófoli (2007), de que o usuário não abandona os cuidados primários quando necessita ser referenciado para outros níveis de complexidade de saúde, pois a atenção integra uma rede de cuidados, onde as responsabilidades são pactuadas com sua equipe de referência, que articula seu projeto terapêutico no território, dando concretude à resolubilidade da assistência em saúde.

Mesmo com os contínuos esforços para integrar socialmente a pessoa com sofrimento psíquico, a observação sistemática revela que prevale a tendência terapêutica conferindo a medicação um locus privilegiado no cuidado do doente e da doença, tendo como principal objetivo o alívio de sintomas. Ações como essa contrapõem-se ao que é preconizado para a formulação de uma assistência adequada à saúde mental. Sem os psicofármacos a desinstitucionalização estaria fadada ao fracasso, porém a terapêutica não pode se restringir a este pro-

cedimento, ficando clara a necessidade de outras modalidades terapêuticas que incluem a humanização do cuidado, acolhimento, equipes interdisciplinares etc (BRODBECK , 2001).

Muito ainda precisa ser realizado de modo que o matriciamento atinja o seu objetivo de se tornar um catalizador na efetivação da reforma psiquiátrica brasileira. Trabalhar com o usuário com vistas a mostrar outros caminhos além do uso da medicação pode ser uma estratégia significativa, uma vez, que segundo relatos dos profissionais, os portadores de transtorno mental só vão até a unidade básica para adquirir receitas de medicamentos ou para tratar problemas clínicos (hipertensão, diabetes).

*[...] o que acontece muitas vezes é que a pessoa vem, mensalmente ou de dois em dois meses pegar sua medicação. Não deveria ser só pegar a medicação, teria que ter também a história da consulta, porém é o que deixa a desejar, pois se limita apenas no recebimento de receita e medicamento mesmo. Geralmente, o paciente vem para a unidade de saúde para pegar mesmo a medicação, neste momento se verifica a pressão, são avaliados aspectos, como também de diabetes, e outros. (Grupo I – enfermeiro).*

Pode-se apontar como fragilidades no apoio matricial, ainda, o fato de alguns trabalhadores, especialmente os da categoria médica, optarem por não integrar esse momento, uma vez que a proposta é integrar as profissões, pautando-se nos pressupostos da clínica ampliada, agregando ao cuidado elementos da dimensão subjetiva dos sujeitos. Sobre isso, destacam-se os discursos:

Acho que a resistência dos profissionais da ESF, de médico e enfermeiro às vezes das equipes de participar do matriciamento, né? (Grupo II - enfermeiro).

Acho, assim, que para o matriciamento acontecer, é bom que equipe esteja completa. Quando isso acontece, funciona bem. A dificuldade é o médico ir. Isso não fluía bem. Médico não gosta de se engajar em nada (Grupo II - enfermeiro).

E aí o profissional não quer se envolver onde ele vai ter mais trabalho. Eu participo porque eu gosto e por conta da demanda, não sou irresponsável. O profissional não é reconhecido na sua atuação e aí ele não quer mais um programa pra superlotar. (Grupo II - médico).

Ah, seria melhor se todo mundo tivesse a oportunidade de participar. Até pra poder ir quebrando esses medos, essas ansiedades dos profissionais. Então, seria bom que todo mundo participasse. Mas graças a Deus a gente tem um trabalho muito junto aqui na unidade, todo mundo trabalha praticamente da mesma forma, então, fica mais fácil de a gente estar lidando com isso. O que dificulta é a não participação dos médicos (Grupo II - enfermeiro).

Então, é conhecível o fato de que a proposta do AM diz respeito à produção do cuidado. É importante salientar, porém, que por vezes, ele foi apontado não como estratégia de responsabilização de casos por uma equipe de referência no sentido de ampliar sua capacidade resolutiva, mas, sim, como mais uma modalidade para viabilizar um possível encaminhamento.



Salienta-se, assim, que o AM traz grandes avanços nos saberes e práticas em saúde mental e, principalmente, possibilita maior aproximação do cuidado aos sujeitos com sofrimento psíquico, quebrando a lógica do encaminhamento e com a desresponsabilização da atenção básica. É certo que existem muitos desafios, mas muitos benefícios já são realidade no cotidiano dos serviços, como a desmistificação gradativa do trabalho em saúde mental, por exemplo.

### **Considerações Finais**

O apoio matricial exige a implementação de medidas que solidifiquem essa prática, bem como uma política de assistência em saúde mental mais objetiva, uma vez que tem como papel fundamental contribuir para maior capacidade resolutiva das equipes de saúde, superando a lógica da especialização e da fragmentação do trabalho na própria área de saúde mental.

Dessa maneira, o AM colabora no desenvolvimento das habilidades profissionais, ampliando o seu olhar sobre o território, usuários e familiares, ao mesmo tempo em que amplia o espectro de suas ações. Sendo assim se mostra como ferramenta de realce no que se refere à regulação dos fluxos, diferenciando os casos que necessitam ser atendidos pela rede de saúde mental substitutiva e aqueles que podem ser acompanhados pela Estratégia de Saúde da Família, propondo que a condução dos casos seja de responsabilidade compartilhada.

Algumas dificuldades foram encontradas no cotidiano da ESF, tais como a falta de conhecimento técnico e teórico para lidar com os usuários dos serviços de saúde mental, o que conduz à resistência dos profissionais em participar do matriciamento e ainda a atitude de desresponsabilização adotada por alguns integrantes das equipes da ESF, que não reconhe-

ciam sua responsabilidade sobre a demanda de saúde mental, adotando sempre a posição de encaminhar os casos ao psiquiatra ou médico da ESF. Questões como essa revelam a falta de sensibilização, capacitação e de recursos enfrentados pela equipe, o que fragiliza os processos de trabalho.

Assim, o Apoio Matricial deve ser visto como estratégia capaz de proporcionar um espaço de cuidado integral, humanizado, formador de vínculos, onde são estabelecidas trocas de saber por meio das relações intersubjetivas dos profissionais de variados serviços de atenção envolvidos no cuidado dos usuários; mas, para que seja uma estratégia de fato efetiva no cotidiano dos serviços é necessário que saberes e práticas sejam repensados a fim de poder, então desenvolver uma práxis consoante com os preceitos da reforma psiquiátrica.

## REFERÊNCIAS

ARONA, E. C. **Implantação do Matriciamento nos Serviços de Saúde de Capivari**. São Paulo: Saúde e Sociedade, v.18, supl.1, 2009.

Assis, M. A. A.; Jorge, M. S. B. Métodos de análise em pesquisa qualitativa. In: Santana, J. S. S. S., & Nascimento, M. A. A. **Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social**. 1ª Ed, p. 139-159. Feira de Santana: UEFS Editora, 2010.

BRODBECK, I.M. **Reforma psiquiátrica: a universidade como parceria na construção de um novo paradigma de atenção ao indivíduo portador de transtorno psiquiátrico**. [dissertação]. Tubarão(SC): Universidade do Sul de Santa Catarina; 2001.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Cien Saude Coletiva**, 1999; 4(2): 393-403.

DELFINI, P. S. S.; SATO, M. T.; ANTONELLI, P.P.and GUIMARAES, Paulo Octávio da Silva.Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. **Ciênc. saúde coletiva** [online]., vol.14, p. 1483-1492,2009.

FIGUEIREDO M. D ; ONOCKO C. R. T. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas : uma rede ou um emaranhado? **Ciência & Saúde Coletiva**. SP. p. 129-138. 2009.

FONTANELLA, B. J. B., Ricas, J.,&TURATO, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos Saúde Pública**, 24(1), p.17-27.

FRANCO, T. B. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG). IN: MERHY, E. E. et al. O trabalho em Saúde: Olhando e Experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: HUCITEC, p. 161-198, 2006.

MACHADO, D. K. S. et al. Apoio matricial como ferramenta de articulação entre a Saúde Mental e a Atenção Primária à Saúde. **Cad. saúde colet.**, vol. 21, n. 2, p. 224-232, 2013.

MATTOS, R. A. Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, editores. Os sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde. Rio de Janeiro (RJ): UERJ-IMS-ABRASCO; 2001. p. 39-64.

MINAYO, M. C. DE S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde** (6a ed.). São Paulo: Hucitec, 1999.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde** (11a ed.). São Paulo: Hucitec, 2008.

QUINDERÉ, P. H. D. Atenção à saúde mental no município de sobral-ce: Interações entre os Níveis de Complexidade, Composição das Práticas e Serviços. Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará – UECE. Fortaleza, 2008.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, p. 726, 2002.

TÓFOLI, L. F. Desinstitucionalização e integralidade no sertão cearense. In: PINHEIRO, R.; GULJOR, A. P.; SILVA JÚNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. (Org.) Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/ UERJ – ABRASCO. p. 225-238. 2007.

# CAPÍTULO 10

## A CONTEXTUALIZAÇÃO MICRO-HISTÓRICA DA CASA DE SAÚDE E HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SANTA TEREZA DE JESUS: UM ESFORÇO PARA COMPREENSÃO DOS AVANÇOS E LACUNAS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

*Maria Janaina Norões de Sousa*

*José Jackson Coelho Sampaio*

*José Maria Ximenes Guimarães*

*Carlos Garcia Filho*

*Jeanine Maria Sobral Nunes*

### INTRODUÇÃO

A atenção à saúde mental no Brasil, assim como em outros países, foi profundamente marcada pelo ato de recolher o paciente com transtorno mental em um ambiente asilar, o principal dispositivo considerado terapêutico, o que ensejava desenraizamento, exclusão. Com redemocratização iniciada na década de 1980, a conduta terapêutica de internamento de pacientes psiquiátricos em ambientes hospitalares foi se modificando, sendo substituída por outra compreensão do problema, portanto, oferecendo outras modalidades de serviços. Isso pôde ser concebido com a reflexão sobre a experiência própria e a de outros países. O Brasil avançou na formulação de um modelo de atenção à saúde mental, coincidente com a abertura democrática.

No final da década de 1970, nos Estados de São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Ceará foi

iniciado o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental-MTSM, que questionou a política de saúde mental vigente no País. Esses profissionais militantes integravam movimentos sanitaristas, associações comunitárias, associações de familiares e amigos de portadores de doença mental e partidos políticos de esquerda. O Movimento reivindicava o fim da violência asilar, da mercantilização da loucura, do sistema hospitalocêntrico e da produção alienada de saberes (BERLINCK; MAGTAZ; TEIXEIRA, 2008).

O Movimento pautava como propostas o fechamento dos hospitais psiquiátricos asilares e a implantação de serviços de caráter comunitário, com base territorial, que, simultaneamente, desenvolvessem projetos terapêuticos individualizados e promovessem a cidadania dos portadores de transtorno mental.

Após 12 anos tramitando na Câmara Federal, foi promulgada a Lei Federal nº 10.216/01, de abril de 2001, que garantiu o respaldo jurídico para o redirecionamento do modelo de assistência psiquiátrica (COIMBRA, GUIMARÃES, KANTORISK, SILVA, SCATENA, 2005). Desde então, a lógica asilar e o dispositivo hospital deixaram de ser o centro das ações de assistência. O objetivo da política de saúde mental passou a ser a redução progressiva de leitos psiquiátricos, para expandir, fortalecer e qualificar uma rede de cuidados extra-hospitalares, psicossociais, territoriais (SILVA, 2005). A necessidade de cuidados extra-hospitalares, com ênfase na redução das internações longas e das consultas ambulatoriais convencionais, traduz o conjunto das discussões que orienta a inversão do modelo (LIBERATO, 2009).

As diretrizes político-assistenciais defendidas pelo MBRP vislumbravam uma real mudança nos serviço de aten-

ção à saúde mental, o que se refletiu em significativas transformações nas práticas e nos cenários de atuação. Não se percebe, contudo homogeneidade na transformação, com grandes regiões do País ainda dominadas pelo modelo ultrapassado. O crescimento da rede pública substitutiva, organizada em torno dos centros de atenção psicossocial-CAPS, obedece à espacialidade cheia de lacunas e a velocidades bastante diferentes. O modelo hospitalocêntrico e o hospital psiquiátrico asilar apenas poderão ser efetivamente superados se a rede substitutiva for instalada, garantindo segurança continuada à população.

A região do Cariri, Ceará, embora tendo criado alguns CAPS, constitui uma destas áreas lacunares do MBRP, pois os serviços substitutivos parecem frágeis, pouco integrados, e o hospital psiquiátrico asilar permanece. A Casa de Saúde e Hospital Psiquiátrico Santa Tereza, único hospital psiquiátrico tradicional atualmente existente no interior do Ceará, localiza-se na cidade do Crato, centro histórico de produção econômica, social, política e cultural da região do Cariri, vale fértil que compõe o sul do Estado, nas fronteiras do Piauí, Pernambuco e Paraíba.

Em cumprimento à lei que prevê a redução de leitos em hospitais psiquiátricos e avalia a qualidade de seus funcionamentos, referido hospital passa por um processo de redução de sua capacidade de internação, mas não se prevê o seu fechamento, visto que o Município não implantou rede articulada de serviços para absorver, de modo qualificado, a demanda.

As transformações oriundas do MRPB remetem à necessidade de se questionar a realidade que vem sendo desenvolvida no campo da saúde mental no Brasil e no Ceará, em particular. Impõe-se, aqui, compreender o fenômeno, por meio de recuperação do processo histórico e do desenvolvimento

prático das ações propostas, na situação concreta do arcabouço social, político e sanitário de cada unidade federativa e de cada município, pois se evidencia o fato de que a reforma não ocorre no mesmo ritmo e igual qualidade em todos os lugares.

Como delimitação, estabeleceu-se o acompanhamento da crise de um modelo de atenção psiquiátrica, em município de referência regional em saúde mental, com a compreensão do cenário político e dos possíveis desdobramentos práticos. Como objeto, evidenciou-se contextualização micro-histórica da Casa de Saúde e Hospital Psiquiátrico Santa Tereza de Jesus, da cidade do Crato, Ceará, em relativamente à condição da rede de serviços municipais de saúde mental de atender as demandas e às proposições da reforma psiquiátrica brasileira.

### **Tratamento Metodológico**

Estudo de caso, qualitativo, para contextualização micro-histórica da Casa de Saúde e Hospital Psiquiátrico Santa Tereza de Jesus considerando sua articulação com a reforma psiquiátrica brasileira.

Para Deslandes e Gomes (2004), o estudo de caso é um dos desenhos mais utilizados na pesquisa qualitativa desenvolvida para avaliação de serviços, tendo este por objeto uma unidade, que pode ser uma instituição, um município ou, por exemplo, a implantação de uma estratégia de prestação de serviços. Conforme Feliciano (2010), o estudo de natureza qualitativa é aquele que se detém sobre os elementos não mensuráveis (valores, ideias, percepções, representações, ideologias etc) e é essencial para o enriquecimento teórico-metodológico de pesquisas que buscam desenvolver uma avaliação na busca de informações e opiniões imbricadas nas falas dos sujeitos do estudo.



O caso desta investigação é um dispositivo ou estratégia de serviço, em campo complexo, posto em polêmica, realizando-se aparentemente em contradição com as determinações legais da área: um hospital psiquiátrico privado, integrado à rede pública de cuidados do SUS, sendo hoje o único em funcionamento no interior do Ceará. A Casa de Saúde e Hospital Psiquiátrico Santa Tereza de Jesus constitui o foco, sem que se possa perder sua história, suas relações com o sistema municipal de saúde da cidade do Crato e sem suas relações com o processo do MBRP. Para que se compreenda o caso, impõe-se descrevê-lo e contextualizá-lo, isto é, buscar compreendê-lo à luz dos determinantes que se encontram no contexto social do lugar e da região.

A opção por essa realidade decorre dos seguintes fatos: a implantação do SUS e da reforma psiquiátrica no Município foi iniciada, mas é muito recente e de modo bastante truncado; o hospital psiquiátrico, de organização tradicional, é referência regional e o único de sua natureza no interior do Ceará; conforme resultado preliminar de avaliação do último Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares-P-NASH, apresenta profundas vulnerabilidades, que sugerem fechamento; e a posição do Município é estratégica, histórica, econômica, social e culturalmente, na zona metropolitana Crato-Juazeiro-Barbalha-CRAJUBAR, na microrregião do Cariri e na região sul do Ceará.

Os sujeitos que fizeram parte do estudo foram os gestores dos serviços que compõem o sistema: o secretário municipal de saúde, o diretor do Hospital Psiquiátrico, o coordenador de saúde mental, o coordenador da Atenção Básica, o coordenador do Núcleo de Apoio à Saúde da Família-NASF, o coordenador do Centro de Atenção Psicossocial-CAPS II e

o coordenador do Hospital-Dia, o que corresponde a um total de sete profissionais, para entrevista. Sistematizando os procedimentos realizados, tem-se o exposto na sequência.

Os procedimentos de investigação utilizados foram: busca exploratória de documentos, nas Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, nos Conselhos Estadual e Municipal de Saúde, no Hospital caso, no CAPS II e no Hospital-Dia; observação institucional discreta do Hospitalcaso registrada em diário de campo; e entrevistas, primeiramente, com os gestores dos serviços que fazem parte do sistema de saúde mental do Município e, logo em seguida, com os profissionais de nível superior do serviço em questão.

Como procedimento de interpretação, foi aplicada a análise de conteúdo temática. Nessa abordagem, a fala dos participantes é situada em seu contexto real e concreto, em processo que compreende ordenação, classificação e categorização final dos dados (MINAYO, 2007).

O trabalho obedeceu à Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde-CNS, tendo sido submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UECE e obtido parecer favorável, com o registro N° 467.084.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **Caracterização do Município do Crato**

O Crato destaca-se em cultura, educação e turismo, na chapada do Araripe. O perfil socioeconômico caracteriza-se, na agricultura, pela produção de feijão, milho, mandioca, arroz, algodão, cana-de-açúcar, caju, castanha de caju, hortaliças, banana, abacaxi e abacate. Na pecuária extensiva, destaca-se criação de bovinos, ovinos, caprinos, suínos e frangos.

No comércio, circulam os produtos rurais e produtos de transformação industrial, como alumínio, aguardente, calçados e cerâmica. A produção de serviços e de cerâmica vermelha representa 68,8% do PIB municipal e o setor agropecuário é particularmente bem representado pela feira anual denominada ExpoCrato. Nos últimos três anos o PIB oscila em torno de R\$ 500 milhões e o PIB *per capita* perto de R\$ 4,1 mil. A população é basicamente urbana, sendo que 94,2% possuem água encanada, acesso a energia elétrica e a saneamento básico. O Índice de Desenvolvimento Municipal-IDM, de 50,48, situa o município em 5º lugar no Ceará e O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal-IDHM, de 0,716, a posiciona no 7ª lugar estadual (ANUÁRIO DO CEARÁ, 2012).

O Município conta com boa rede educacional, pública e privada, nos níveis fundamental, médio e superior. Este último apresenta a sede da Universidade Regional do Cariri-URCA e *campi* descentralizados da Universidade Vale do Acaraú-UVA, da Universidade Federal do Ceará-UFC e do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia-IFCE. O Município conta também com um total de 106 escolas de educação básica, totalizando 36.638 alunos (SEDUC, 2012).

No campo da saúde, possui uma rede composta por 64 unidades de saúde ligadas ao SUS, destas 45 públicas e 19 privadas. O Município possui cinco hospitais, com índice de 5,57 leitos/1.000 habitantes. Apresenta também diversas clínicas especializadas em um total de 11, e 27 postos de saúde dispersos em vários pontos do Município, compreendendo uma cobertura de em média 80% do seu território (SEDUC, 2012).

No campo da saúde mental, especificamente, Crato dispõe da Casa de Saúde e Hospital Psiquiátrico Santa Tereza de Jesus, inaugurado em 1970, de um CAPS do tipo II, inau-

gurado em 2002, e de um Hospital-Dia, inaugurado em 2005, ambos atuando como serviços complementares ao hospital, não substitutivos.

Segundo Oliveira (2002), antes do hospital referido, os portadores de transtorno mental eram tratados em hospital geral, em casas alugadas pelos familiares ou enviados para Fortaleza ou Recife. O hospital iniciou com 30 leitos, depois foi crescendo até atingir 420 leitos em 1985, por fim reduziu-se aos 172 leitos atuais, em decorrência de sucessivos cortes das Autorizações de Internamento Hospitalar–AIHS, subsequente a avaliações pelo PNASH.

### **Contextualização micro-histórica da instituição**

A Casa de Saúde Santa Tereza, fundada em 04 de fevereiro de 1970 e inaugurada em 21 de junho do mesmo ano, foi credenciada na época para o recebimento de recursos do poder público federal por meio do INPS. Segundo relatos de profissionais, o hospital teria sido construído em virtude da demanda crescente de pacientes com doença mental e pelo incentivo financeiro dado pelo Governo à abertura desse tipo de serviço, em regiões que padecessem de insuficiente assistência psiquiátrica. Três médicos do local, um dos quais exercia a Psiquiatria como especialidade, propuseram associar-se e fundar um serviço que prestasse esse tipo de assistência.

Um dos entrevistados refere que um dos fundadores do hospital expressava o diagnóstico de esquizofrenia, e, não querendo mais se tratar em Fortaleza, ante a facilidade de abertura de hospitais privados, teria tido a ideia de criar esse serviço para a própria assistência:

O Dr. tinha uma doença mental, diziam que era esquizofrenia, e por isso na época

ele criou o hospital porque não tinha nenhum lugar aqui pra ele se tratar, tinha que ir pra Fortaleza, assim o povo comentava e até hoje também comentam. [F025]

O Hospital iniciou o seu funcionamento na casa de freiras Santa Tereza de Jesus, da qual retirou seu nome, localizada no bairro Seminário. Para muitos, não se tratava apenas de uma instituição hospitalar a mais para atendimento médico, porém um empreendimento que preencheria lacuna na rede hospitalar cearense e atenderia a população do Cariri cearense, de outras regiões do Ceará, como o Centro-Sul e os Inhamuns, e de partes dos estados vizinhos, integrantes da região do Cariri: Piauí, Pernambuco e Paraíba. À época, serviços desse tipo só existiam em grandes centros urbanos, principalmente nas capitais; no caso, em Fortaleza, Terezina, Recife e João Pessoa, à distância, respectivamente, de 574 km, 445 km, 615, 626 Km, todas transcorridas exclusivamente por via rodoviária. As pessoas pobres ficavam no local, cuidadas em situações de emergência, porém na maioria do tempo abandonadas. Aquelas financeiramente remediadas enfrentavam grandes percalços dos deslocamentos e o ônus econômico, ambos os pesos assumidos pelos familiares.

Um dos registros da época faz referência ao incentivo financeiro para o setor privado construir hospitais, mas também ao reconhecimento da cidade do Crato como polo do Cariri e à possibilidade da iniciativa tornar-se condição de acúmulo de capital para investimento em outros setores da economia:

Na época, os sócios do hospital ficaram ricos, era muito dinheiro que vinha do governo para o hospital, [mas] eles não queriam saber de proporcionar nada para o paciente, não, era só de encher o bolso [...]

tem muita coisa hoje construída no Crato, como hotel, que eles acumularam por conta do dinheiro que vinha para pagar o hospital [P012G].

A fala exemplifica o que a literatura sobre a época já indicava. O ano de 1970, de criação da Casa de Saúde Santa Tereza de Jesus, situa-se no meio do 3º momento da periodização de Sampaio (1996): 1965-1974, financiamento da infraestrutura pela Caixa Econômica Federal e compra de leitos pela previdência pública unificada. No plano nacional, o período foi fértil em grandes iniciativas e documentos: 1966, criação da Associação Brasileira de Psiquiatria-ABP; 1967, criação da Federação Brasileira de Hospitais-FBH; 1967, criação do INPS, para previdência, e do INAMPS, para assistência; 1970, transformação do SNDM em DINSAM, dentro do Ministério da Saúde; 1971, lançamento da carta do INPS “Princípios de Saúde Mental”; e 1973, lançamento do “Manual de Serviços do INAMPS”.

Houve, inclusive, efetivamente, um grande esforço de *marketing* quando da criação da Casa de Saúde Santa Tereza de Jesus, como comprova uma carta da instituição publicada em jornal local e dirigida à população, sistematizando benefícios sociais aos doentes e seus familiares:

A importância e necessidade do serviço em causa, nesta hinterlândia, que a iniciativa se impunha, até mesmo sob o escudo dos poderes públicos competentes. (...) Entretanto foi preciso que um grupo de médicos idealistas, afeitos a fazer Medicina, com sacrifício..., tomassem a peito a arrojada iniciativa, sacando, para o futuro as possíveis compensações do arrojado pioneirismo. [...].

Certo é que vencendo toda sorte de dificuldades, aninhando esperança de... formar um campo propício de medicina especializada, a Casa de Saúde Santa Teresa, recentemente inaugurada, torna-se uma realidade consoladora para a nossa região e mais uma cintilante estrela na formosa constelação da rede hospitalar do Crato, sem favor, o maior centro médico do interior nordestino, seja pelo porte e variedade de sua instituição, seja pelo gabarito de seu acreditado e inteligente corpo médico. Na verdade Crato, dia a dia, consolida sua posição de centro polarizador de serviço médico e hospitalar, dentro e fora do Estado.

O Estado, agente indutor e financiador, exigia que hospitais psiquiátricos existissem dentro de padrões preconizados em normas e posturas. Embora a estrutura de uma casa de freiras não fosse adequada, o hospital foi autorizado e credenciado. A demanda de pacientes aumentava a cada dia, o número de leitos conseqüentemente e o espaço físico já não dava mais conta deste crescimento. Segundo consta nos registros identificados, o Hospital começou realmente a extrapolar o Município, atraindo pessoas de várias localidades, inclusive dos estados vizinhos. O poder público federal financiou a instalação e financiava o capital de giro, pelo pagamento das diárias. Em pouco tempo, o objetivo de mudar o fluxo das demandas foi atingido: a busca pelas capitais passou a ser residual, o Crato tornou-se centro regional, também neste item.

Pela pressão da demanda e das avaliações do INAMPS, os proprietários planejaram e executaram a construção de espaço próprio, plenamente adequado às funções hospitalares.

As instalações próprias foram inauguradas em 27 de abril de 1985, localizada na avenida Dr. Rolim, bairro Vilalta, com capacidade de 360 leitos, lugar onde o hospital funciona até os dias atuais. A princípio, um pavilhão foi dividido em bloco feminino e bloco masculino. Posteriormente, o pavilhão inicial foi destinado aos homens e um novo pavilhão foi construído para agrupar as mulheres. Essa forma de ordenamento dos pacientes dentro da instituição persiste até hoje.

Sejam as instalações iniciais ou as atuais, sempre houve certa percepção de aparência que remetia a prisão, pelos muros muito altos, pelos pequenos espaços livres e pela permanência continuada dos pacientes sem contato com o ambiente externo, como demonstra um entrevistado:

O doente mental teria que ter um local muito bem planejado pra ele, que ele se sentisse confortável [...] eu não acho que esse prédio foi bem construído, teria que ter áreas verdes em um número bem maior, esse hospital da à impressão de ser uma cadeia, porque é fechado, o arquiteto que fez esse prédio eu acho que ele não entendia muito bem de construção de hospital de psiquiatria não [M019P].

O hospital constituiu-se, portanto, num campo fechado, de exclusão, e num campo de venda de serviços ao poder público, portanto um negócio, daí a constituição da saúde, no caso saúde mental, como anormalidade a ser contida e como mercadoria. O dispositivo de assistência passa a atender a duas poderosas funções sociais: ordem e lucro (PRANDONI, PADILHA, 2004).

A sociedade aprende com o hospital e reproduz o comportamento de manter o paciente isolado, mesmo quando re-



cebe alta, quando está em seu ambiente domiciliar. A família vê no hospital psiquiátrico o tratamento ideal para quem está lhe trazendo desconforto profundo, e o aprisiona em casa, na tentativa provisória de oferecer a ele o mesmo benefício que considera existir na instituição, até que seja possível reinterná-lo. A inserção social do paciente torna-se precária, atravessada, constrangida. Hospital e casa mutuamente se constituem como manicômios, espaços de exclusão.

Na perspectiva de Salles (2006), o doente mental é, na maioria das vezes, estigmatizado por sua família ou pessoas próximas, visto como um incapaz e, desta forma, mesmo não estando institucionalizado, sofre uma exclusão. Não se pode forçar a sociedade aceitar o doente mental de modo muito diferente daquele que os próprios serviços destinados ao seu cuidado o tratam. Ocorre uma dupla exclusão, pela sociedade e pelo serviço de saúde, no caso, o hospital psiquiátrico de matriz asilar:

O paciente, quando sai daqui, na grande maioria [das vezes] acaba retornando porque a família não consegue continuar o tratamento dele em casa, muitos deles ficam vagando pelas ruas o dia inteiro, acabam sendo hostilizados dentro e fora de casa porque a família não consegue lidar com aquela doença, os que bebem vão pra rua e outras pessoas acabam oferecendo bebida e eles aceitam, ai logo logo têm outra crise e retornam pra cá e nisso eles vão ficando 45 dias ou mais [e outra e outra vez][E24P].

Essa situação torna-se um ciclo que parece não ter fim, sem um aparato comunitário de assistência à saúde, social e familiar, em suas localidades de origem. A maioria dos pacien-

tes internados na Casa de Saúde e Hospital Psiquiátrico Santa Tereza é proveniente de municípios onde não se dispõe de nenhum serviço de saúde mental, nem outros serviços sociais de base territorial aptos a recebê-los. Então, eles permanecem nesse contínuo de internação e alta sem melhora, reinternação e nova alta sem melhora, *ad nauseam*. O hospital vivencia esta rotina de entrada e saída de muitos pacientes, aliás, muitos deles, na prática, passam a residir por anos no hospital, pois não existe a opção de viver em liberdade e ser cuidado.

Após a promulgação da lei Paulo Delgado, que propôs sanções às instituições hospitalares psiquiátricas que descumprissem metas clínicas e de humanização, entre elas a de fechamento de leitos ou do próprio serviço, trabalhadores da Casa de Saúde e Hospital Santa Tereza, familiares e secretários municipais de saúde, da região do Cariri, em 2001, lançaram um manifesto destinado à III Conferência Nacional de Saúde Mental, questionando a possibilidade de fechamento de hospitais e a implantação de serviços de base territorial que substituíssem o modelo hospitalar.

O manifesto questionava a real necessidade de extinção dos hospitais psiquiátricos e advertia para a situação de grave crise social resultante da decisão. Os pacientes não teriam condições de, em crise psicótica, serem atendidos em postos de saúde, em razão das dificuldades de deslocamento, pois muitos deles residiam a mais de 200 km da cidade do Crato, à ausência de preparo dos postos de saúde e as condições subumanas com que chegavam aos serviços, acorrentados e acompanhados pela polícia. Questionavam-se, também, as dimensões continentais do Brasil, o que impossibilitaria o atendimento ambulatorial que realizasse a cobertura completa do espaço e da população.

Naquela ocasião a Casa de Saúde e Hospital Psiquiátrico Santa Tereza não foi fechada, porém, sanções passaram a ser impostas, em razão de inobservâncias das regras do PNASH, como suspensões de ou restrições de pagamentos. Vários hospitais efetivamente fecharam em regiões onde os serviços substitutivos não haviam ainda sido implantados. Como a Casa de Saúde e Hospital Psiquiátrico Santa Tereza é instituição privada, com mínima lógica empresarial, a escala de leitos garantiria o funcionamento, portanto, a perda de leitos impossibilitando a existência da empresa.

A implantação insuficiente da rede assistencial territorial, associada ao fechamento de leitos da Casa de Saúde e Hospital Psiquiátrico Santa Tereza, criou uma situação difícil para as famílias dos pacientes. Deste modo, voltou-se à prática da prisão domiciliar e/ou da deambulação sem destino pelas ruas da cidade. Acontecimento recente marca a história deste processo inadequado de transformações: paciente com transtorno mental, negro e pobre, em surto, quebrou a vidraça de uma loja e foi preso a um poste pelos transeuntes, até que fosse providenciado um leito para internação.

Seja no manicômio de um hospital psiquiátrico de matriz asilar ou seja no manicômio ampliado da violenta vida social, está-se vivenciam-se depósito, confinamento, ausência de respeito, falta de resgate do sentimento de pertença e de segurança. Como Kinker (2012) constatou para o hospital, o que se percebe agora é a extensão do abandono.

A desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação passa a tornar-se política pública no Brasil a partir dos anos 1990, e ganhar grande impulso em 2002. Naquele momento é criada uma série de normalizações, pelo Ministério da Saúde, que instituem mecanismos claros, efi-

cazes e seguros para a redução de leitos psiquiátricos, com a disponibilização de leitos em hospitais gerais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). Tal processo, contudo, ocorre há 12 anos, mas não de modo uniforme, como se constata na região campo deste estudo.

Em razão da incapacidade ou impossibilidade das regras do PNASH e diante do fato de não haver aumento da diária hospitalar há quatro anos, o Hospital sobrevive com sérias restrições orçamentárias. Cabe ressaltar que a tradição de controle e avaliação anterior ao PNASH-Psiquiatria ancorava-se em dois mecanismos: as avaliações hospitalares, realizadas por supervisores do SUS, de alcance limitado, e as fiscalizações ou auditorias que atendiam a denúncias de mau funcionamento das unidades. É com a instituição do PNASH/Psiquiatria que a avaliação da rede hospitalar psiquiátrica pertencente ao SUS passa a ser sistemática e anual, e realizada por técnicos de três campos complementares: o técnico-clínico, a vigilância sanitária e o controle normativo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

São definidos no Programa os limites máximos e mínimos de redução anual de leitos para cada classe de hospitais (estabelecida pelo número de leitos contratados pelo SUS). Assim, todos os hospitais de mais de 200 leitos devem reduzir no mínimo, a cada ano, 40 leitos. Os hospitais de 320 e 440 leitos podem chegar a reduzir 80 leitos ao ano (mínimo 40), e os hospitais com mais de 440 leitos podem chegar a reduzir, no máximo, 120 leitos ao ano. Desta forma, busca-se a redução progressiva do porte hospitalar, de modo a situarem-se os hospitais, ao longo do tempo, em classes de menor porte (idealmente, até 160 leitos).

No momento do campo desta pesquisa a Casa de Saúde e Hospital Psiquiátrico Santa Tereza, que já teve 386 leitos

ocupados, dispõe de 176 leitos para internação. A gestora atual menciona que, por conta da crise financeira e dos altos gastos que o hospital possui, não sabe até quando o hospital vai resistir, e que está prestes a fechar:

A gente vive aqui na iminência de um fechamento, a gente vai esbarrar com aquela ordem de fechar, uma ordem que não é aquela do tipo imediata, eles vem fechando aos poucos, [...] o fechamento já vem ocorrendo progressivamente, agora o que isso vai causar [na sociedade] tem que esperar pra vê [...] essa reinserção na sociedade aí não depende só do hospital, depende lá de fora, dos outros serviços lá fora, a gente faz o que a gente pode fazer aqui.[G20].

A gestão do hospital alega que, com aumento da inflação, a redução de leitos e a permanência do valor leito/dia, as condições de funcionamento tendem a piorar, com corte no número de profissionais, piora a qualidade da hotelaria, incluindo a alimentação, prejuízo, adiamento ou impedimento de reformas infraestruturais e modernizações.

Muito dessa situação ocorre pelo não investimento em políticas sociais que subsidiem a vida do paciente no ambiente extra-hospitalar. Kinker (2012) pondera que o Estado brasileiro parece adotar posição contrária aos investimentos nas políticas de inclusão social, na lógica do bem-estar social, mas estimula grandes setores dependentes dos gastos estatais, porém, no limite, desqualificados, não se atendo aos próprios objetivos de aumento da longevidade e melhora dos indicadores de saúde e de qualidade de vida.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A chegada ao Hospital permite logo a percepção de descaso com o ambiente físico, parece que ainda não se saiu do século XIX, muito menos que ocorreu um processo de reforma política que prevê a extinção desse tipo de ambiente. Os muros permanecem altos, os pacientes ainda continuam sujos, reclusos em pavilhões, isolados em seus leitos, os profissionais ainda parecem estar alheios à condição de seus assistidos que lhe é colocada diariamente, Enfim dentro daquele espaço nada mudou, as práticas, os costumes e a ação desumanos continuam tal qual aqueles que inspiraram o movimento brasileiro de reforma psiquiátrica, mais de uma década depois da promulgação da lei federal e duas décadas depois da promulgação da lei estadual.

As legislações federal e estadual promovem a reforma, determinam a atenção terciária em unidades/leitos de hospitais gerais, a atenção secundária em CAPS e a atenção primária, sob matricialmente dos CAPS e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família-NASF, pelas equipes da Estratégia Saúde da Família-ESF. Uma transformação de tal envergadura porém, que envolve as dimensões éticas, políticas, econômicas e culturais, sem a inclusão em momento revolucionário, não ocorre de modo universalmente súbito, sobretudo em território imenso como o brasileiro, profundamente desigual.

A Casa de Saúde e Hospital Psiquiátrico Santa Tereza, criada em 1970, precisaria passar por profundas e significativas mudanças no empenho de se adequar à nova legislação em saúde mental. A percepção empírica dos trabalhadores de saúde mental da região e os diagnósticos de avaliação pública não indicam que o eventual esforço tenha logrado êxito. Mais ain-

da, o processo prescinde de um aparato de estratégias e ações que possibilitem o redirecionamento da atenção à saúde, no Município do Crato como um todo, na composição dos mais variados dispositivos e serviços. Urgências políticas, como de-sassistência, cenas de abuso social e reclamações dos trabalhadores de saúde podem levar ao fechamento do Hospital, mas, sem a consolidação de um modelo alternativo.

É legal, ética, técnica e politicamente defensável fechar um hospital psiquiátrico asilar, disfuncional tanto às teorias e práticas terapêuticas como às visões de ser humano e de processo saúde/doença mental. Também é ética, técnica e politicamente defensável mantê-lo, se constitui única opção ante a ausência de outro suporte assistencial. Entre duas naturezas de descaso, de abandono, de violência a direitos, como escolher?

O discurso que fala da permanência da Casa de Saúde e Hospital Psiquiátrico Santa Tereza como única instituição, em todo o Cariri (cearense, piauiense, pernambucano e paraibano), que recepciona o paciente psiquiátrico em crise, demonstra a não implantação da reforma psiquiátrica. O retorno ao modelo anterior, do hospital psiquiátrico, de matriz asilar, como único e hipertrofiado dispositivo, não é admissível. A permanência dele nos moldes como ele se encontra hoje também é inconcebível, pois a desumanização no atendimento não pode ser apenas justificada pela escassez de recursos, nem muito menos pela espera na implantação de serviços substitutivos. Enquanto isso pessoas tem sua cidadania agredida diariamente por circunstâncias que poderiam já ter sido revertidas. Crato e Cariri encontram-se numa difícil encruzilhada.

## REFERÊNCIAS

BERLINK, M. T. MAGTAZ, A. C. TEIXEIRA, M. A Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas e problemas. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 21-27, março 2008.

CEARÁ. Anuário do Ceará 2009-2010. Jornal O POVO (Fortaleza) 2009.

COIMBRA, V. C. C. GUIMARÃES, J. SILVA, M. C. F. KANTORSKI, L. P. SCATENA, M. S. M. Reabilitação psicossocial e família, considerações sobre a reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 07, n. 01. P. 99-104, 2005.

KINKER, F. S. O lugar do hospital psiquiátrico na atualidade: da disciplina ao abandono. **Journal of Occupational Therapy of University of São Paulo / Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**. mai-ago2012, Vol. 23, p. 178-185, 8p.

LIBERATO, M. D. M. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersetorialidade e do trabalho em rede. **Cad. Bras. Saúde Mental**, Vol. 1, n. 1, jan-abr. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

MINAYO, M. C. S; DESLANDES, S. F, GOMES, R. **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. 28ª. ed. Petrópoles, Vozes, 2009.

SILVA, F. A. D. **A reforma psiquiátrica e o processo de transição para os novos modelos de tratamento em saúde mental** (Dissertação de mestrado) Caruaru: FAVIP, 2005.



# CAPÍTULO 11

## ESTILO DE VIDA DE ADULTOS JOVENS DO CURSO DE EDUCAÇÃO FÍSICA

*Amanda Pereira Ferreira*

*Thereza Maria Magalhães Moreira*

*Camila Brasileiro de Araújo Silva*

*Samuel Miranda Mattos*

*Edina Silva Costa*

*Leandro Araújo Carvalho*

### INTRODUÇÃO

As condições de vida e saúde da população brasileira passam por mudanças nas ultimas décadas. A industrialização e o desenvolvimento tecnológico, presentes na sociedade atual, contribuíram para as mudanças nas principais causas de mortalidade e morbidade, com predominância das doenças e agravos não transmissíveis (DANTs) sobre doenças infectocontagiosas e as de deficiência nutricional (YUSUF et al., 2001).

Países em desenvolvimento, dentre eles o Brasil, transitam por mudanças importantes no perfil de morbimortalidade. As doenças não transmissíveis representam, atualmente, importante problema de saúde pública nesses países (BARATA, 1997).

A Organização Pan-Americana de Saúde (2003) relata que a etiologia das DANTs, tem origem na presença e/ou agrupamento de fatores de riscos inerentes à própria pessoa, sendo gerais, comportamentais e biológicos, ou ligados à comunidade.

de em que ele se encontra (condições socioeconômicas, ambientais, culturais e de urbanização).

Quanto maior o número de fatores de risco presentes na pessoa, maior será a probabilidade de doença cardiovascular. Da mesma forma, quanto melhor o controle dos fatores de risco, menor será o risco de evento cardiovascular (FERNANDES et al., 2009).

O estilo de vida da atualidade configura-se como somatório dos maus hábitos alimentares, das atividades laborais com pouco esforço físico e que ocupam todo o dia, além de outras transformações socioeconômicas que contribuem positivamente para o quadro de excesso de peso instaurado na humanidade.

É de fundamental importância a implementação de modelos de atenção à saúde que incorporem diversas estratégias de prevenção e controle desses fatores, individuais e coletivos, para contribuir na redução da morbimortalidade. Este é, na atualidade, um dos maiores desafios da atenção básica (BRASIL, 2006). É importante, então enfatizar o fato de que os profissionais de saúde são peça fundamental para ações de educação em saúde, objetivando minimizar os riscos do surgimento das DANTs.

A Educação em Saúde tem como ponto principal a dimensão do desenvolvimento de capacidades individuais e coletivas, visando à melhoria da qualidade de vida e saúde da comunidade assistida pelos serviços, sendo norteadora pela Política Nacional de Promoção da Saúde, como também pelas diretrizes da Carta de Ottawa, que reforça a educação e a saúde como práticas sociais inseparáveis e interdependentes, sempre estiveram articuladas, portanto, são elementos fundamentais no processo de trabalho dos profissionais da saúde.

Seguindo esse raciocínio, a atuação sobre os fatores de risco passíveis de modificação é importante para evitar o desenvolvimento das DANTs. Esse conhecimento permite identificar a susceptibilidade às DANTs, subsidiando a prática de Educação em Saúde para as necessidades das pessoas e contribuindo com estratégias para prevenção e Promoção da Saúde, influenciando condutas de vida saudáveis.

Para tanto, faz-se necessário conhecer o estilo de vida de variados grupos populacionais, identificando os hábitos que se relacionam de maneira positiva e negativa com a saúde humana. Com base nestas necessidades é que este estudo teve como objetivo identificar o estilo de vida de adultos jovens do Curso de Educação Física.

## **MÉTODO**

Este é um estudo descritivo, realizado com adultos jovens do curso de Educação Física da Universidade Estadual do Ceará, localizada na cidade de Fortaleza, no Estado do Ceará, região Nordeste do Brasil, em setembro e outubro de 2013.

A amostra foi composta de 109 adultos jovens de 20 a 24 anos, de ambos os sexos, e que estivessem frequentando as aulas durante o período da coleta.

Foi utilizado um questionário estruturado para coleta de dados, denominado “Estilo de Vida Fantástico”, que privilegia as principais características para o estilo de vida adequado para a saúde. É um instrumento desenvolvido no Departamento de Medicina Familiar da Universidade McMaster, no Canadá, por Wilson e Ciliska em 1984 (WILSON, CILISKA, 1984). Para o processamento dos dados, foi utilizado o Programa IBM - Statistical Package for the Social Sciences-SPSS, versão 15.0, sendo realizada a análise descritiva.

O estudo observou os aspectos éticos preconizados pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/12, respeitando a confidencialidade e sigilo dos sujeitos da pesquisa. Foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), sob o número 397.822.

## RESULTADOS

Participaram da pesquisa 109 universitários adultos jovens do Curso de Educação Física. Para facilitar a compreensão do alcance de cada objetivo do trabalho, as descrições foram divididas em duas partes: 1) características sociodemográficas dos universitários adultos jovens e 2) estilo de vida dos universitários adultos jovens.

Entre as características sociodemográficas expostas na Tabela 1 a seguir destacaram-se frequência, média e desvio-padrão das variáveis, sexo, idade, estado civil, renda familiar, filhos e raça. Evidenciou-se predominância do sexo masculino (66; 60,5%); e um pouco mais da metade (47; 56,8%) apresentou idade de 23 a 24 anos.

Quanto à renda familiar *per capita*, em reais (R\$), a maioria (101;92,7%) afirmou que ela corresponde a um valor acima de dois salários mínimos. Com relação a ter filhos, quase a totalidade (107; 98,1%) não têm. A maioria 197 (83; 76,2%) relatou ser de outras raças que não a branca.

**Tabela 1** – Características sociodemográficas de universitários adultos jovens do Curso de Educação Física da Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza-Ceará- Brasil, 2013.

Variáveis	Estatística	
	f	%
Sexo		
Masculino	66	60,5
Feminino	43	39,5
Idade		
20 -22 <sup>a</sup>	47	43,2
23 -24 <sup>a</sup>	62	56,8
Estado Civil		
Casada / União Estável	0	0
Solteira / Separada	109	100
Renda Familiar		
Até 2 Salários	08	7,3
Acima de 2 Salários	101	92,7
Filhos		
Não	107	98,1
Sim	2	1,9
Raça		
Branca	26	23,8
Outras	83	76,2

A Tabela 2 apresenta os resultados do questionário Estilo de Vida Fantástico que aborda nove domínios: família e amigos; atividade; nutrição; cigarro e drogas; álcool; sono, cinto de segurança e sexo seguro; tipo de comportamento; introspecção; trabalho.

Com relação à família e amigos, a maioria dos participantes (60,3%) tem “quase sempre” alguém pra conversar e pra doar e receber afeto. Tratando-se de atividade, a maio-

ria relatou ser “rigorosamente ativo moderadamente ativo” e “moderadamente ativo” nessas duas condições “menos de 1 vez por semana”, correspondendo a 36,4% e 25,4%, respectivamente. Quanto à nutrição, foi possível verificar que 41,3 % (145) faz em uma dieta balanceada “algumas vezes” e 36,5% (128) comem frequentemente em excesso dois desses itens: como açúcar, sal, gordura animal, bobagens e salgadinhos e 55,9% (196) dos universitários acreditam estar 2kg acima do seu peso ideal. No que se refere a cigarro e drogas, 90,9% (319) dos participantes alegaram não terem feito uso do cigarro nos últimos cinco anos, 93,73% (329) nunca fez uso de drogas como maconha e cocaína.

Do total, 83,2% (192) não abusam do consumo de remédios. Em relação ao consumo de cafeína, 61,8 % (217) ingerem bebidas que a contém (café, chá ou “colas”). Sobre o consumo de álcool, 92,6% (325) relataram fazer uso de zero a sete doses por semana e 59% (207) nunca bebem mais de quatro doses por semana. A maioria dos universitários afirmou não dirigir após beber (333; 94,9%).

No domínio sono, cinto de segurança e sexo seguro, foi possível verificar que 40,7% (143) estudantes “algumas vezes” dormem bem e sentem-se descansados. Na proteção a acidentes automobilísticos, com o uso do cinto de segurança, 76,7% (269) dos estudantes relataram fazer uso do cinto, compreendendo que a maioria entende a importância dessa ação de proteção. Tratando-se do estresse, 41,3% (145) realtaram que são capazes de lidar com estresse no dia a dia com “relativa frequência”. De outro lado, “com relativa frequência” 33,3% (117) dos estudantes referiram relaxar e desfrutar do tempo de lazer.

A maior parte dos estudantes (250; 71,2%) não apre-

senta risco quanto à prática do sexo. Foram considerados fora de risco os estudantes que fazem uso da camisinha ou que não praticam sexo. No domínio tipo de comportamento, 140 (39,9%) disseram “algumas vezes estar com pressa” e 42,2% afirmaram “algumas vezes sentir-se com raiva e hostil”. Do total, 38,2% (134) pensam de forma positiva e otimista “com relativa frequência”. Quanto à introspecção, 42,4% (149) “algumas vezes sente-se tenso e desapontado”, e 44,4% (156) “raramente sente-se triste e deprimido”. Já em relação ao trabalho, 49,9% (142) “quase sempre está satisfeito com seu trabalho ou função”.

**Tabela 2** – Distribuição dos universitários adultos jovens do Curso de Educação Física da Universidade Estadual do Ceará segundo questionário estilo de vida fantástico. Fortaleza, Ceará – Brasil, 2013.

	VARIÁVEIS/ESTATÍSTICAS	F	%	f	%	f	%	F	%	f	%
Família e amigos	Tenho alguém para conversar as coisas que são importantes para mim	Quase nunca		Raramente		Algumas vezes		Com relativa frequência		Quase sempre	
		0		01		03		11		94	
	Dou e recebo afeto	Quase nunca		Raramente		Algumas vezes		Com relativa frequência		Quase sempre	
		0		02		06		31		70	
Atividade	Sou rigorosamente ativo pelo menos durante 30 minutos por dia (corrida, bicicleta, etc.)	Menos de 1 vez por semana		1-2 vezes por semana		3 vezes por semana		4 vezes por semana		5 ou mais vezes por semana	
		13		19		25		15		37	
	Sou moderadamente ativo (jardinagem, caminhada, trabalho de casa)	Menos de 1 vez por semana		1-2 vezes por semana		3 vezes por semana		4 vezes por semana		5 ou mais vezes por semana	
		14		33		18		18		26	
Nutrição	Como uma dieta balanceada (ver explicação)	Quase nunca		Raramente		Algumas vezes		Com relativa frequência		Quase sempre	
		03		19		45		28		14	
	Frequentemente como em excesso (1) açúcar, (2) sal, (3) gordura animal, (4) bobagens e salgadinhos	Quatro itens		Três itens		Dois itens		Um item		Nenhum	
		14		24		45		16		10	
	Estou no intervalo de __ quilos do meu peso considerável saudável	Mais de 8 Kg		8 Kg		6 kg		4 Kg		2 Kg	
		43		05		10		10		41	
Cigarro e drogas	Fumo cigarros	Mais de 10 por dia		1 a 10 por dia		Nenhum nos últimos seis meses		Nenhum no ano passado		Nenhum nos últimos cinco anos	
		0	0	02	1,83	06		05		95	

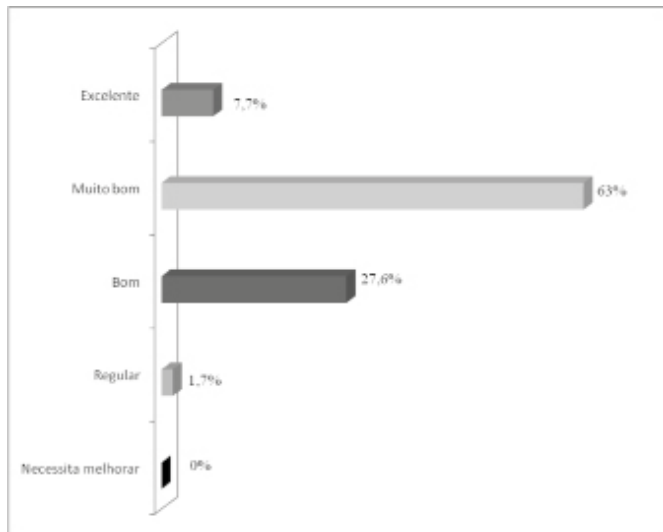
	Uso drogas como maconha e cocaína	Algumas								Nunca
		08	7,34							101 92,66
	Abuso de remédio ou exa-gero	Quase diariamente		Com relativa frequência	Ocasional-mente	Quase nunca		Nunca		
		0	0	0	0	10	9,17	11	10,09	88 80,73
	Ingiro bebidas que contém cafeína (café, chá ou "colas")	Mais de 10 vezes por dia		7 a 10 vezes por dia	3 a 6 vezes por dia	1 a 2 vezes por dia		Nunca		
		0	0	2	1,83	10	9,17	72	66,06	25 22,94
	Minha ingestão média por semana de álcool é ___ doses (ver explicação)	Mais de 20		13 a 20	11 a 12	8 a 10		0 a 7		
	Álcool	04	3,67	04	3,67	01	0,92	03	2,75	97 88,99
	Bebo mais de quatro doses em uma ocasião	Quase diariamente		Com relativa frequência	Ocasional-mente	Quase nunca		Nunca		
		01	0,92	06	5,50	23	21,10	30	27,52	49 44,95
	Dirijo após beber	Algumas vezes								Nunca
		06	5,56							103 94,4
	Durmo bem e me sinto des-cansado	Quase nunca		Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência		Quase sempre		
		05	4,59	19	17,43	40	36,70	24	22,02	21 19,27
	Uso cinto de segurança	Nunca		Raramente	Algumas vezes	A maioria das vezes		Sempre		
		02	1,83	07	6,42	04	3,67	13	11,93	83 76,15
	Sono, cinto de segu-rança, estresse e sexo seguro	Quase nunca		Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência		Quase sempre		
		0	0	02	1,83	28	25,69	45	41,28	34 31,19
	Relaxo e desfruto do meu tempo de lazer	Quase nunca		Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência		Quase sempre		
		06	5,5	08	7,34	36	33,03	29	26,62	30 27,52
	Pratico sexo seguro (sem ex-plicação)	Quase nunca		Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência		Sempre		
		06	5,5	02	1,83	14	12,84	20	18,35	67 61,47
		Quase sempre		Com relativa frequência	Algumas vezes	Raramente		Quase nunca		
	Tipo de compor-tamento	22	20,18	20	18,35	42	38,53	19	17,43	06 5,5
	Sinto-me com raiva e hostil	Quase sempre		Com relativa frequência	Algumas vezes	Raramente		Quase nunca		
		02	1,83	05	4,59	49	44,35	39	35,78	14 12,84
	Penso de forma positiva e otimista	Quase nunca		Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência		Quase sempre		
		05	4,59	04	3,67	14	12,84	40	36,70	46 42,20
	Intros-peção	Quase sempre		Com relativa frequência	Algumas vezes	Raramente		Quase nunca		
	Sinto-me tenso e desapo-ntado	01	0,92	05	4,59	42	38,53	44	40,37	17 15,60
	Sinto-me triste e deprimido	Quase sempre		Com relativa frequência	Algumas vezes	Raramente		Quase nunca		
		0	0	01	0,92	32	29,36	47	43,12	29 26,61
	Trabalho	Quase nunca		Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência		Quase sempre		
	Estou satisfeito com meu tra-balho ou função	03	2,75	02	1,83	17	15,60	35	32,11	52 47,71

É possível perceber no Gráfico 1 que 7,7% ficaram no estrato de estilo de vida excelente, 221 (63%) dos colaboradores classificaram-se como tendo um estilo de vida muito bom, 27,6% bom, enquanto seis (1,7%) referiram um estilo regular



e nenhum dos participantes apresentou estilo de vida classificado como necessita melhorar.

**GRÁFICO 1:** Distribuição dos universitários adultos jovens segundo as categorias do questionário estilo de vida fantástico. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2013.



## DISCUSSÃO

Estudo desenvolvido por Martins et al. (2010) com a mesma faixa etária verificou diferente predominância junto a uma população de 605 universitários, na qual a maioria era do sexo feminino. Acredita-se que este fato esteja relacionado não só a questões demográficas, mas pela crescente participa-

ção das mulheres no campo educacional e, conseqüentemente profissional (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2009). Todos os participantes eram solteiros.

Estudo desenvolvido por Soto et al. (2009) expressa que a maioria dos seus participantes também era de solteiros (92,3%). Tal condição contribui para permanência e participação ativa dos adultos jovens na universidade.

No estudo de Fett et al. (2010) todas as voluntárias eram sedentárias, sugerindo que este fator era determinante na obesidade delas. Vicent et al. (2003) acentuam que vários resultados da literatura demonstram que a falta de atividade física regular talvez seja mais importante no desenvolvimento da obesidade do que o excesso alimentar. Estima-se que 30% das pessoas com sobrepeso/obesidade desenvolvam hipertensão (SOROF, DANIELS 2002).

Segundo Madureira et al.(2009), o status do peso corporal parece não ser um indicativo que pode afetar o desejo e a motivação para participar de atividade física, uma vez que os alunos tanto com baixo peso quanto aqueles com sobrepeso possuem uma tendência para comportamentos sedentários.

De acordo com o Vigitel Brasil (2009), de um total de 54.367 pessoas entrevistadas no Brasil quanto ao uso de cigarro, a menor frequência de adultos fumantes foi encontrada em Aracaju (8,0%) e a maior foi em Porto Alegre (22,5%). Na capital do Ceará, Fortaleza, 16,0% das pessoas declaram ser tabagistas (BRASIL, 2010a). Sobre o etilismo, Pedrosa et al (2011) investigaram o consumo de álcool entre universitários de Alagoas do Centro de Ciências da Saúde da UFAL. A amostra foi composta por 422 universitários. O sexo masculino teve maior prevalência de abuso de álcool (18,3%).

Estudo desenvolvido por Pereira (2012) mostrou que 64% de seus participantes foram classificados na categoria de estilo de vida “Muito bom”. Já no estudo de Silva et al. (2011), que foi o primeiro no Brasil a utilizar o questionário “Estilo de Vida Fantástico” e foi aplicado em estudantes universitários, 5,1% dos calouros apresentaram estilo de vida inadequado.

## CONCLUSÃO

Entende-se que o ambiente universitário pode oferecer oportunidades para a prática de atividade física. A evidência de os universitários adultos jovens apresentarem na sua maioria um estilo de vida “muito bom” não minimiza a preocupação, sobretudo por conta das tendências e estilos de vida contemporâneos.

Co efeito, compreende-se que este estudo merece ser ampliado em sua coleta de dados, até incluindo diversos cursos, para que possam ser estimuladas intervenções dentro e fora da universidade e em uma maior quantidade de pessoas com o intuito de que os alunos alcancem um estilo de vida saudável.

## REFERÊNCIAS

BARATA R. C. B. O desafio das doenças emergentes e a revalorização da epidemiologia descritiva. **Revista de Saúde Pública**. v. 31. n. 5, p: 531-7, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2009**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: MS, 2010a. 150 p.

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

FETT, C.A. et al. Estilo de vida e fatores de risco associados ao aumento da gordura corporal de mulheres. **Ciências & Saúde Coletiva**, v.15, n.1, p.131-140, 2010.

FERNANDES, M. H. et al. Estilo de vida de professores universitários: uma estratégia para promoção de saúde do trabalhador. **Rev. Bras. Prom. Sau.** v. 22, n. 2, p. 94-99. Fortaleza. 2009.

MADUREIRA, A. S. et al. Associação entre estágios de mudança de comportamento relacionados à atividade física e estado nutricional em universitários. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 25, n.10, p. 2139-2146, out, 2009.

MARTINS et al. Pressão Arterial, Excesso de Peso e Nível de Atividade Física em Estudantes de Universidade Pública. **Arq Bras Cardiol**. v. 95, n. 2, p. 192-199. Rio de Janeiro. 2010.

PEDROSA et al. Consumo de álcool entre estudantes universitários. **Cad. Saúde Pública**. v. 27, n. 8, Rio de Janeiro. 2011.

OPAS. Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília: **Organização Pan-Americana de Saúde**. 2003.

SILVA, D.A.S.; QUADRO, T.M.B; PINHEIRO GORDIA, A.P.; PETROSKI, E. L. Associação do sobrepeso com variáveis sócio-demográficas e estilo de vida em universitários. **Ciências da Saúde Coletiva**. v. 16, n. 11, p. 4476. 2011.

PEREIRA, J.C.; BARRETO, S.M.; PASSOS, V.M.A. Perfil de risco cardiovascular e autoavaliação da saúde no Brasil: estudo de base populacional. **Revista Panam. Salud Publica**, Washington - EUA, v. 25, n. 6, p. 491-498, 2009.

SOROF, J; DANIELS, S. Obesity hypertension: a problem of epidemic proportions. **Hypertension**. v, 40. p, 40-441, 2002.

SOTO, L. F. L; TORRES, I. C. S; ARÉVALO, M. T. V; CARDONA, J. A. T; SARRIA, A. R; POLANCO, A. B. Jovenes Universitarios: satisfacción con el estilo de vida. Comportamiento y salud de los jóvenes universitarios: satisfacción con el estilo de vida. Pontificia Universi-

dad Javeriana, Cali (Colombia) Recibido. 2009.

VICENT, S.D. et al. Activity levels and body mass index of children in the United States, Sweden and Australia. *Med Sci Sports Exerc*, v. 35, n. 8, p. 1367-1373, 2003.

YUSUF, S. et al. Global burden of cardiovascular diseases. Part I: general considerations, the epidemiologic transition, risk factors, and impact of urbanization. *Circulation*. v. 104, p. 2746-53, 2001.

# CAPÍTULO 12

## PRINCIPAIS ACIDENTES OCORRIDOS NA INFÂNCIA EM CRECHES MUNICIPAIS E OS ATORES ENVOLVIDOS NOS PRIMEIROS SOCORROS

*Yandara Alice Ximenes Bueno de Carvalho*

*Francisco Rodrigo de Castro Braga*

*Ilvana Lima Verde Gomes*

*Sarah Vieira Figueiredo*

*Aline Mayra Lopes Silva*

### INTRODUÇÃO

Embora conte mais de um século de história, a educação infantil em creches privilegiando crianças de zero a três anos e em pré-escola com crianças de quatro a seis anos, somente nos últimos anos foi reconhecida como direito e dever do Estado na primeira etapa da educação básica, passando a ser parte integrante dos sistemas de ensino, em razão da sua importância na constituição do sujeito (BRASIL, 2006).

Nestas instituições onde ocorre a oferta da educação infantil, são desenvolvidas ações de cunho pedagógico, concernentes ao desenvolvimento do infante, entretanto, outras práticas também são implementadas, referentes ao cuidar dentro de uma natureza mais ampla, onde também é importante a promoção do bem-estar da criança. Tais ações vão além do senso comum de que basta gostar das crianças para cuidar bem delas (VERÍSSIMO, 2003).

Ao pensar em cuidado cotidiano prestado a crianças, dentro de uma creche, é possível deparar com situações previsíveis, como higiene, conforto e alimentação. Também existe, entretanto a possibilidade do confronto, como por exemplo, a necessidade de agir rapidamente ante algum imprevisto, quando algo ocorre fora da dinâmica esperada. Entre estas situações, educadores podem deparar a necessidade de prestar auxílio a uma criança vítima de acidente, ou mal súbito.

As crianças compõem um grupo muito específico, onde são os sujeitos com maior probabilidade de se acidentarem. Tal fato é justificado na literatura pela rede de descobertas da criança, pois inicialmente ela explora seu corpo, posteriormente objetos que a rodeiam e em seguida o mundo que as cerca (LIBERAL, 2005).

Entre outros aspectos expostos na literatura, relacionados às causas de acidentes na infância, faz-se necessário considerar alguns fatores fundamentais, correlacionados ao ambiente e às emoções, como idade, sexo, etapa do desenvolvimento neuropsicomotor, grau de maturidade física e mental, inexperiência, incapacidade de prever e evitar situações de risco, curiosidade, tendência a imitar comportamentos, falta de noção corporal e espacial, além de características de personalidade como hiperatividade, agressividade, impulsividade e distração (SANTOS *et al.*, 2010; DEL CIAMPO, 2011).

A relevância do estudo dos acidentes em variados ambientes decorre nem tão somente da mortalidade, cujos dados são parcialmente conhecidos, mas também da elevada incidência das lesões não fatais, mais frequentes do que as fatais e que determinam, muitas vezes, importantes sequelas, acarretando danos à saúde da criança. (CARVALHO; PUCCINI; SILVA, 2007).

Retomando o ambiente escolar, entende-se que este representa uma importante nuance deste problema, uma vez que além das crianças passarem significativa parte do tempo neste espaço, entende-se que o estímulo ao aprendizado e às descobertas pode vir a se unir com outras causas de acidentes (LIBERAL, 2005).

Ante o exposto, considera-se fundamental que os profissionais da educação tenham acesso às informações sobre os principais acidentes, como evitá-los e de que forma proceder em caso de situações que exijam cuidados imediatos, visando evitar as complicações decorrentes das medidas intempestivas e /ou inadequadas em relação aos acidentes. Vale lembrar que estes acontecem em qualquer lugar ou situação e que uma pessoa orientada com instruções claras e objetivas pode salvar vidas e minimizar sofrimentos da vítima (LEITE *et al.*, 2010).

O primeiro passo para desenvolver estratégias preventivas contra acidentes e violência é a identificação das características de desenvolvimento das vítimas, dos ambientes onde elas vivem e as atividades desenvolvidas no momento do agravo. Para isso, é fundamental o registro completo do incidente, envolvendo hora, local, características da vítima, como idade e sexo, assim como a descrição das condições em que ocorreu (LIBERAL, 2005). Quando os primeiros socorros são direcionados de maneira adequada, é possível minimizar as angústias de quem oferece suporte ao acidentado, assim como garantir maior chance de recuperação da vítima em menor tempo.

No cuidado com o adolescente observa-se que este é capaz de pedir auxílio, ou mesmo verbalizar suas queixas e organizar seu pensamento nas ações subseqüentes à maioria dos acidentes, porém, a atenção deste estudo direcionou-se para um outro aspecto desta questão: e quando são bebês ou



crianças pré-escolares vítimas de acidentes, como o cuidado é desenvolvido, uma vez que este indivíduo ainda não possui tantos elementos no seu desenvolvimento, que o auxiliem a solicitar ajuda?

De tal forma, questionou-se: quais os principais acidentes sofridos por crianças dentro da creche? Quem são os personagens que prestam assistência a essas crianças vítimas de acidentes? Nessa perspectiva, esta pesquisa foi considerada importante para o cuidado com a criança, na medida em que visou produzir subsídios para os profissionais que atuam diariamente com este público – especialmente educadores – no que se refere ao desenvolvimento de condutas apropriadas na execução dos primeiros socorros. Portanto, a relevância do estudo decorre da necessidade de contribuir para que a creche se torne um ambiente seguro, onde a criança possa vivenciar descobertas e limites, assim como auxiliar o educador na atuação em caso de acidentes.

## **METODOLOGIA**

Este é um estudo descritivo, com abordagem qualitativa. Segundo Minayo (2010), as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição de características de determinadas populações ou fenômenos e utilizam técnicas padronizadas de coletas de dados. Foi desenvolvido em todos os quatro Centros Educacionais Infantis (CEI), creches, do Município de Eusébio – Ceará, nos meses de novembro e dezembro de 2013, quando todas as unidades estavam em período letivo.

No Município existem atualmente 37 instituições de educação, entre as quais quatro são exclusivamente dedicadas à educação infantil, atendendo crianças de zero a quatro anos. Os quatro CEI funcionam em horário integral de segunda a

sexta, onde as crianças fazem refeições, tomam banho, participam de atividades de lazer e têm seu ensino formal adequado a cada faixa etária.

Colaboraram com esta pesquisa 20 educadores atuantes nos CEI, sendo cinco profissionais de cada instituição. Neste estudo, foram considerados como educadores todos aqueles que desenvolvem atividades laborais no ambiente escolar e possuem a importante função de educar, não só em sala de aula, mas também por meio das condutas e exemplos. Desta forma, foram incluídos diretores, coordenadores, auxiliares de sala, secretária escolar, cozinheira e auxiliar administrativa.

Os entrevistados foram indicados em geral pela coordenação/ direção de cada CEI, de forma aleatória, de acordo com a disponibilidade, não havendo nenhum que se opusesse a participar ou estivesse fora dos critérios de inclusão e exclusão. Como critério de inclusão foi estabelecido um período mínimo de seis meses de atuação na educação infantil e seriam excluídos os participantes que nunca tivessem vivenciado algum acidente envolvendo crianças, dentro do estabelecimento. Os nomes dos entrevistados foram preservados, sendo identificados pela letra “E1, E2, E3 à E20”, garantindo-se assim, o seu anonimato.

As coletas das informações tiveram início após a aprovação do projeto pela Secretaria de Educação do Eusébio e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (Parecer nº441.428) e a apresentação, à direção de todos os CEI, dos motivos para a realizar investigação, seus objetivos, como também sua importância para o serviço. Ressalta-se que se obedeceu o preconizado pela Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que se refere aos aspectos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

Foram utilizadas como estratégias de coleta de informação duas técnicas: a primeira foi a observação sistemática, feita com suporte em um roteiro previamente elaborado, onde foram observados aspectos físicos relacionados às condições de segurança do ambiente. A segunda foi a entrevista semiestruturada, com questionamentos relacionados aos objetivos do estudo. Durante a realização das observações sistemáticas, um diário de campo foi elaborado, contendo informações consideradas relevantes para o alcance do objetivo proposto.

Todos os discursos obtidos por meio das entrevistas foram analisados de acordo com os objetivos propostos neste estudo. Passou-se por diversas etapas metodológicas, descritas a seguir: a) transcrição das falas por meio da digitação das entrevistas; b) leitura exaustiva dos discursos dos sujeitos da pesquisa; c) recortes dos trechos das falas de acordo com as categorias identificadas; d) organização dos recortes em subtítulos; e) discussão dos subtítulos com base na literatura pertinente a cada categoria identificada.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os resultados serão apresentados a seguir em categorias, conforme os objetivos propostos pelo trabalho, sendo discutidos com base na literatura atual. As categorias foram: principais acidentes envolvendo crianças na creche; personagens envolvidos na prestação dos primeiros socorros às crianças acidentadas.

Caracterização dos educadores participantes da pesquisa

Foram 20 as entrevistadas, com idade variando de 20 a 56 anos, com a maior parte das participantes. Doze (60%), compreendidas na faixa de 20 a 40 anos.

No tocante a formação, a graduação em Pedagogia foi expressa como principal área, com um total de 14 educadoras (70%). As demais áreas apresentadas foram Filosofia e Recursos Humanos, e, além destas categorias, emergiu também uma funcionária com ensino fundamental incompleto, atuando na cozinha de uma instituição e outra com fundamental completo, desempenhando funções de auxiliar administrativa.

Quanto a função no CEI, foram entrevistadas professoras (13), auxiliares de sala (2), coordenadora (1), cozinheira do berçário (1), secretária (1), auxiliar administrativa (1) e diretora (1). Em relação ao tempo de atuação na Educação Infantil, houve variação seis meses a dez anos de atuação. Destas, a metade das participantes tinham até dois anos de experiência.

#### Principais acidentes envolvendo crianças na creche

A seguir, foram discutidos os principais resultados, considerando-se o conceito de acidente proposto pelo *Pré-hospitalar Trauma Life Support (PHTLS)*, sendo definido como “um acontecimento desastroso, provocado por falta de cuidado, atenção ou ignorância”. (PHTLS, p. 5, 2007). Todos os entrevistados se mostraram bastante interessados quanto a relatar experiências, geralmente mais de uma, como mostram os relatos a seguir:

[...] teve também uma outra coisa, posso falar? Foi um menino com convulsão, foi horrível [...].(E8).

[...] lembrei de outro, caiu da cadeira, fiquei com muita pena [...].(E16).

Este achado é expresso na literatura, onde se confirma o fato de acidentes entre crianças no espaço escolar serem comuns, principalmente em detrimento em razão do nível

de curiosidade intrínseco e natural das crianças, durante o seu processo de crescimento e desenvolvimento, o que, conseqüentemente, as expõe a situações de risco, nem sempre identificadas por supervisores e educadores escolares (ROJO, 2007).

Dos principais acidentes expostos nos depoimentos, destacaram-se as quedas, que indicavam as seguintes variações: queda de própria altura; queda de cima da mesa; queda de escada; queda de escorregador; queda de batente; queda da cadeira.

[...]. Eles brincam correndo e sempre caem, mas só coisas leves. (E3).

[...]. Caiu e feriu o queixo, coisa simples. Foi só a gente levar para o hospital, teve que dar 2 pontinhos. (E5).

[...] uma vez um menino de 3 anos, caiu da escada e quebrou o braço. Foi horrível. [E8] .

[...]. Sem a gente a ver, a criança sobe (na mesa), pula e cai. (E17).

Este achado corrobora o descrito por outros autores, que destacam as quedas como acidentes mais comuns e com maior número de fatores de risco, na faixa etária pediátrica, estando associadas a esta ocorrência as características do desenvolvimento da criança, entre estas, a imaturidade a falta de coordenação motora, o que situa em situações de perigo. (MALTA, 2009; DIAS *et al.*, 2013).

De acordo com Malta (2012), compreende-se que as quedas não intencionais ocorrem em decorrência de um so-

matório de fatores de risco, sendo difícil restringir um evento de queda a um só fator de risco ou a um agente causal. Por outro lado, uma proporção considerável dessas quedas é passível de ser reduzida por meio da adoção de programas e medidas de prevenção. Apesar disso, a percepção da normalidade em torno da ocorrência de acidentes com crianças faz com que, inconscientemente, as professoras não consigam priorizar a prevenção, mas direcionem a atenção aos primeiros socorros (VIEIRA *et al.*, 2009).

Ainda segundo as falas, foi possível observar também que os acidentes variaram em relação às gravidades. Alguns foram considerados mais simples, por não trazerem nenhuma sequela significativa, e outros foram mais graves e traumáticos, havendo a necessidade de levar a criança a um serviço de saúde para a realização de procedimentos cirúrgicos.

Entre outros acontecimentos traumáticos citados, as mordidas entre as crianças foi destacada por quatro entrevistados. Embora seja pouco investigada sob o ponto vista de constituir-se em trauma físico, a mordida pode estar relacionada a questões de cunho psicossocial e desenvolvimento psicomotor.

Quero falar das mordidas, pode ser? Elas sempre me chamam atenção. Por que os meninos prendem a pele dos colegas e mesmo a gente pedindo não soltam. As vezes machuca muito. [E10].

Para Venezian (2008), o primeiro contato da criança com o mundo exterior se dá pela boca. Antes mesmo do surgimento da fala, este órgão já é considerado pela criança como canal de comunicação e exploração do mundo. Desta forma a mordida, como ato simbólico, emerge como manifestação

agressiva de uma criança que ainda não adquiriu linguagem verbal, ou não fala com tanta fluência. A mordida então é entendida como maneira mais fácil de a criança expressar desejos e vontades.

De fato, é notória a ocorrência deste tipo de acidente no espaço escolar, ou mesmo em espaços de convivência infantil. Percebeu-se ser comum e até mesmo aceitável este tipo de acontecimento em caso de mordidas isoladas, mas entendeu-se que situações extremas, como descritas anteriormente, precisam sair do senso comum, de que é normal, e passar para ações que precisam ser prevenidas.

Relacionado ainda as interações das crianças e suas delicadas relações no estabelecimento de vínculos sociais, foram identificados os seguintes tipos de ocorrências: preensão do dedo na porta e agressões das crianças entre si, apresentando como instrumento de agressão variados objetos, entre estes: brinquedos, pedras, lápis e madeira. Também emergiram das falas acidentes envolvendo impacto entre crianças durante deslocamentos rápidos, e relacionados à força mecânica de objetos inanimados, sendo estes: crianças e parede, crianças e objetos.

Eu vi um dia, uma criança se machucar feio. Ela prendeu o dedo na porta, até sangrou. [E14].

[...]. Não sei dizer se é agressão, mas eu vejo, por exemplo, brinquedo com ponta que o coleguinha usa para bater em outro, ou lápis, pois a defesa deles é usar o que tem na mão.[...] (E12).

Considerando que os acidentes ocorrem, em grande parte, com objetos que se fazem presentes no ambiente de convívio da criança, pode-se compreender que a adequação estru-

tural desses locais constitui forma importante de prevenção, assim como a adoção de comportamentos seguros e vigilância adequada por parte dos responsáveis (MARTINS, 2008).

A obstrução de vias aéreas, relatada como “engasgo”, também foi sobressaída em alguns depoimentos. Em todos os casos citados, este fato ocorreu durante a alimentação, como pode-se ver a seguir:

[...]. Ela estava almoçando, ficou todo mundo apavorado, a criança ficando roxa, a gente sem saber o que fazer, até que ela tossiu bem forte e desengasgou. (E2).

Os episódios observados nas entrevistas mostraram o engasgo em crianças até três anos de vida. Ante tal fato, observa-se a necessidade de cuidados específicos no momento da transição alimentar em crianças, especialmente na introdução de partículas sólidas e mastigáveis.

O engasgo, aqui citado como aspiração de corpos estranhos, pode desencadear quadros obstrutivos graves das vias aéreas superiores. Dependendo da idade da criança, do tipo de corpo estranho aspirado e da sua localização nas vias aéreas, pode haver obstrução total ou parcial à passagem de ar. O corpo estranho pode ficar alojado na laringe e/ou traqueia, dando sintomas como tosse, roncos, afonia e dispneia, o que pode evoluir para cianose até sequelas cerebrais (BITTEENCOURT; CAMARGOS, 2002; LIMA, 2008).

Outras ocorrências que chamaram atenção foram os episódios convulsivos:

[...]. Gosto nem de lembrar, mas no dia que o bebezinho teve convulsão, foi um aperreio grande (...) colocamos ele no carro de uma professora e ela correu para o hospital com ela. (E6).



As convulsões são definidas como contrações musculares, apresentadas em movimentos involuntários e anormais, muitas vezes acompanhados por modificações no tônus muscular e dos esfíncteres. Constitui fenômeno muito frequente em crianças até os cinco anos de idade, sendo em mais da metade causadas por estados febris, apresentando bons prognósticos (REPÚBLICA DO CABO VERDE, 2010).

Com base nos relatos discutidos, observou-se o imenso contexto de acidentes que comumente acontecem com crianças em creches, e as dificuldades vivenciadas por educadores na lida com essas demandas, bem diferentes da sua formação profissional. Nesse contexto, ainda é um desafio para os educadores gerar ações diante do acidente, de forma padronizada e qualificada, que atenda as diversas demandas dessas crianças.

Personagens envolvidos na prestação dos primeiros socorros as crianças acidentadas. Após a análise das informações encontradas nos depoimentos, viu-se que o personagem mais citado como prestador dos primeiros cuidados foi o professor. Os outros que também surgiram relacionados às práticas de execução de primeiros socorros, foram coordenadores, diretores e auxiliares de sala.

[...]. A diretora mesmo ajudou, estava aqui e viu tudo, ela que socorreu. (E1).

[...] quem tiver perto, socorre. Mas geralmente é o professor da turma. (E4).

No contexto de acidentes com crianças em creches e escolas, destaca-se como relevante o fato de que pais, funcionários e educadores sejam capacitados para lidar com essas circunstâncias, por meio de cursos e oficinas de orientação, com enfoque no Suporte Básico de Vida, para que estes possam agir corretamente perante tais situações (CARVALHO, 2008).

Ademais, os profissionais que atuam nos equipamentos escolares ou de educação infantil devem estar aptos a identificar as situações de risco e garantir ambientes seguros às crianças e adolescentes que frequentam esses espaços.

Outro dado relevante observado diz respeito à pequena quantidade de professores que já haviam feito algum curso relacionado aos primeiros socorros, pois, entre as professoras entrevistadas, apenas cinco possuíam esta capacitação de suporte básico. Além disso, houve variação entre as datas da realização dos cursos, que variaram desde o mais recente, há um ano e meio, até os mais antigos, há 13 anos.

Com efeito, Silvanini (2008) relata que durante toda a preparação profissional, a maioria dos educadores não recebe nenhuma formação para a prevenção de acidentes na infância, apontando para a falta de um serviço de educação continuada oficial nas instituições. Assim, a maioria desses profissionais se acham despreparada para o enfrentamento dessas situações, visto que não houve uma elaboração sólida desses saberes ao longo de sua formação (SILVANINI, 2008, SENA; RICAS; VIANA, 2008).

Além disso, ressalta-se a importância de que não somente os educadores de sala de aula, com formação superior, devam receber essas capacitações, mas todos que estão envolvidos de alguma forma com o cuidado as crianças dentro de creches, pois os acidentes podem ocorrer em variados locais desses ambientes e diante de qualquer trabalhador, como mostra a seguinte fala:

[...]. Logo neste dia, eu (auxiliar de sala), estava sozinha com os alunos, pois a professora tinha ido pegar alguns papéis e eu tive que socorrer a criança sozinha. (E9).

Haja vista o importante papel de todos os funcionários das creches, no cuidado a essas crianças, Vieira *et al.* (2009) ressaltam que a orientação sobre prevenção de acidentes com crianças deve ser incluída no currículo mínimo dessas pessoas, visto que é durante as atividades do cotidiano que ocorre o maior número de acidentes com crianças.

Nesta realidade, faz-se necessária a implementação de práticas que padronizem os cuidados prestados aos alunos vítimas de acidentes, além de também ser seguida uma orientação clara quanto à responsabilidade dos demais alunos presentes, uma vez que a ocorrência do evento traz transtornos para a dinâmica cotidiana da instituição.

Ademais, a ocorrência do acidente dentro do espaço escolar poderá trazer para a instituição complicações relacionadas à responsabilidade legal, pois ao prestar assistência a um acidentado, o professor deixa os outros de lado, o que aumenta a probabilidade de novos acidentes durante a sua ausência (BATIGÁLIA, 2002).

Nas instituições visitadas, encontrou-se uma realidade de 15 a 20 crianças por sala para cada professor, exceto no caso de bebês que ainda não andavam, onde o total de alunos foi menor. Esses números nos mostram que, conforme disposto em parágrafos anteriores, de fato, se torna difícil o manejo da criança acidentada pelo professor e seu auxiliar, sendo necessário repensar no redimensionamento de pessoas ou mesmo na contratação de uma pessoa específica para este fim.

Apesar de o professor ser a pessoa que mais agiu perante aos acidentes, de acordo com os entrevistados, acredita-se que todos os funcionários das creches precisam estar preparados para lidar com essas circunstâncias, por meio de uma edu-

cação contínua que capacite-os e os deixe mais seguros nessas situações; além de ser necessária, também, uma infraestrutura física e de material que contribua para o cuidado as crianças vítimas de traumas.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ao avaliar-se o conteúdo das entrevistas, foi identificado o fato de que acidentes dentro das creches é comum e que medidas de prevenção são pouco adotadas. Observou-se que o acidente mais prevalente foi a queda, corroborando que é mostrado e discutido na literatura acerca dos principais acidentes envolvendo crianças.

Os principais personagens prestadores de primeiros socorros identificados foram os professores. Foi unânime, entretanto, a resposta de que estes não estão preparados para atuar nestas situações. Apenas uma minoria já havia participado de algum treinamento para lidar com os acidentes na infância, não sendo observada a presença de treinamentos para a atualização dessas pessoas, nem iniciativas com esse enfoque, desenvolvidas na própria instituição onde estas trabalhavam.

Torna-se, portanto, fundamental que o tema seja mais discutido no espaço das creches e escolar, e que os professores e demais funcionários à frente do processo educativo possam passar por capacitações, que os auxiliem a evitar os acidentes e torná-los aptos a efetuar o correto manuseio da vítima nos casos em que o acidente se efetiva. Dessa forma, haverá maior probabilidade de ser garantida, assim, melhor recuperação dessa criança e redução/eliminação de sequelas.

Acredita-se que para evitar a ocorrência de acidentes, o trabalho individual seja importante, mas entende-se que a responsabilização do coletivo, no caso específico deste estudo,

os educadores, seja a melhor estratégia de assistência à saúde da criança na creche, uma vez que as competências do grupo possivelmente serão capazes de oferecer maior qualidade no estímulo e apoio ao desenvolvimento, livre de ocorrências mais severas.

Para tal efetivação é importante o papel dos gestores, não só das instituições, mas também o apoio de toda a rede envolvida, considerando de forma elementar as secretarias de saúde e de educação, além da sensibilização dos profissionais para a participação nas ações propostas relacionadas a esta vertente.

## REFERÊNCIAS

BATIGÁLIA, V. A. et al. Desenvolvimento infantil e propensão a acidentes. **HB cient.**, v. 9, p. 91-97, 2002.

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. **Lei Federal 8.069/1990**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm)>. Acesso em: 8 out. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Básica. **Política Nacional de Educação Infantil: pelo direito das crianças de zero a seis anos à Educação**. Brasília: MEC/SEB; 2006.

BITTENCOURT, P. F. S.; CAMARGOS, P. A. M. Aspiração de corpo estranho. *Jornal de pediatria*, Rio de Janeiro, v. 78, n.1, p. 9-18, 2002.

CARVALHO, F. F. Acidentes Infantis: Relatos de Diretores e Professores do Ensino Fundamental e Análise do Material Didático. 2008. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, 2008.

CARVALHO, M. F. P. P.; PUCCINI, R. F.; SILVA, E. M. K. Acidentes não fatais em adolescentes escolares de Belém, Pará. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo, v. 25, n. 4, 2007.

DEL CIAMPO, L. A. et al. Características clínicas e epidemiológicas de crianças acidentadas atendidas em um serviço de pronto-atendimento. **Pediatria (São Paulo)**, v. 33, p. 29-34, 2011.

DIAS et al. Identificação Dos Fatores De Risco Para Acidentes Na Primeira Infância No Contexto Creche. **Rev APS.**, v. 16, n. 1, p. 20-26, 2013.

LEITE, L. M. C. S. et al. Educação em saúde: abordando primeiros socorros e prevenção de acidentes nas escolas com profissionais de escolas públicas em Jataí, sudoeste goiano. **Revista Eletrônica do Curso de Pedagogia do Campus Jataí - UFG**, v. 2, n. 9, 2010.

LIBERAL, E. F. et al. A. Escola segura. **Jornal de Pediatria**, v. 81, n. 5, (Supl), p. 55-63, 2005.

LIMA, E. J. F. *Pediatria ambulatorial*. Rio de Janeiro: MED BOOK-Editora Científico, 2008.

MALTA, D. C, et al. Perfil dos atendimentos de emergência por acidentes envolvendo crianças menores de dez anos: Brasil, 2006 a 2007. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 14, n. 5, p. 1669-1679, dez. 2009.

MALTA, D. C. et al. Características e fatores associados às quedas atendidas em serviços de emergência. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 1, fev. 2012.

REPÚBLICA DO CABO VERDE. Ministério da Saúde. **Manual de Protocolos terapêuticos de Pediatria**. 1º edição. Republica do Cabo Verde, 2010.

MARTINS, C. B. G.; ANDRADE, S. M. Acidentes com corpo estranho em menores de 15 anos: análise epidemiológica dos atendimentos em pronto-socorro, internações e óbitos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, set. 2008.

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

NAEMT. NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY MEDICAL TECHNICIANS. Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado (PHTLS – Prehospital Trauma Life Support). Rio de Janeiro (BR): Elsevier; 2007.

ROJO C. F. Treinamento em primeiros socorros nas escolas. 2007. Disponível em: [http://tilz.tearfund.org/pt-pt/resources/publications/footsteps/footsteps\\_71-80/footsteps\\_75/first\\_aid\\_training\\_in\\_schools/](http://tilz.tearfund.org/pt-pt/resources/publications/footsteps/footsteps_71-80/footsteps_75/first_aid_training_in_schools/). Acesso em: 20 de mar. 2014.

SANTOS, B. Z. et al. Injúrias não Intencionais na Infância: Estudo Piloto com Mães que Frequentam a Clínica de Bebês da Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v. 10, n. 2, p. 157-161, maio/ago. 2010.

SENA, S. P.; RICAS, J.; VIANA, M. R. A. A percepção dos acidentes escolares por educadores do Ensino Fundamental. **Revista Medicina Minas Gerais**, Minas Gerais, n. 18, p. 47-54, 2008.

SILVANI, C. B et al. Prevenção de acidentes em uma instituição de educação infantil: o conhecimento das cuidadoras. **Rev. enferm.**

UERJ, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 200-2005, 2008.

ENEZIAN, J. A.; OLIVEIRA, B. R.; ARAUJO, M. A. C. O manejo da agressividade da criança: o que uma mordida quer dizer? In: FORMACAO DE PROFISSIONAIS E A CRIANCA-SUJEITO, 7., 2008, São Paulo.

VERISSIMO, M. D. L. R.; FONSECA, R. M. G. S. O cuidado da criança segundo trabalhadoras de creches. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v.11, n.1, fev. 2003.

VIEIRA, L. J. E. S. et al . Ações e possibilidades de prevenção de acidentes com crianças em creches de Fortaleza, Ceará. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.14, n. 5, dez. 2009.



# CAPÍTULO 13

## ÓBITOS PERINATAIS POR CAUSAS EVITÁVEIS NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA

*Ana Celina Nojoza*

*Ana Valeska Siebra e Silva Álvaro Jorge Madero Leite*

*Cristiana Ferreira da Silva*

*Nádia Maria Girão Saraiva de Almeida*

*José Ueleris Braga*

### INTRODUÇÃO

O coeficiente de mortalidade infantil (CMI) é utilizado como indicador de saúde capaz de expressar as condições de vida de uma população. Esse indicador permite ainda realizar inferências sobre o estado de saúde da parcela mais vulnerável de adoecimento e morte da população geral: crianças menores de um ano. Sua interpretação traduz a estimativa do risco de um nascido vivo morrer antes de completar um ano de vida, além de possibilitar proposições sobre os níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico de determinada área. É ainda um importante indicador epidemiológico quando se trata de avaliação, tanto das questões relacionadas ao acesso aos serviços de saúde, assim como da qualidade da prestação de cuidados ofertados. (BRASIL, 2009; NASCIMENTO *et al.*, 2007; SILVA *et al.*, 2011).

No Brasil, a tendência de declínio das mortes infantis teve início na década de 1980 e pode-se perceber até os dias atuais. Uma redução de 59% foi observada de 1990 a

2007, quando passou de 48 óbitos/1.000 nascidos vivos, para 19,3/1000.

Esta tendência de queda, entretanto, assume caráter regional, e ainda é possível detectar piores indicadores nas regiões Norte e Nordeste do País, onde o acesso aos serviços de saúde e as condições de vida são mais precárias. Em 2007, o CMI no Nordeste era de 27,2/1000 NV, sendo 40% maior do que o observado no País. (BRASIL, 2009).

O cenário das mortes também mudou, e as doenças diarreicas e as pneumonias, assumiram posições de segundo e terceiro lugar, respectivamente, e as causas perinatais passando a ser as principais causas de óbitos infantis.

Em todo o mundo, aproximadamente 40% das mortes de crianças menores de cinco anos ocorrem no período neonatal, sendo a maior parte delas causadas por complicações decorrentes de parto prematuro, complicações intraparto, além de sepse ou meningite neonatal (WHO, 2012).

Atualmente o coeficiente de mortalidade está 16/1000 NV, tendo o Brasil conseguido alcançar a quarta meta dos Objetivos do Milênio, que estipula a redução de 2/3 dos óbitos infantis de 2000 a 2015. Ressalta-se que esta reconhece a dependência e a relação entre as condições de saúde e sociais da população, como componentes determinantes e com impacto direto na ocorrência do óbito infantil.

## **A Mortalidade Neonatal e suas repercussões na Mortalidade Infantil**

Com ênfase na sua melhor compreensão, a Organização Mundial da Saúde divide a mortalidade infantil em dois componentes: o neonatal, que compreende todos os óbitos

de crianças durante os primeiros 27 dias de vida em cada mil nascidos vivos e o pós-neonatal, período que abrange todos os óbitos ocorridos do 28º dia de vida até 11 meses e 29 dias de idade, para cada mil nascidos vivos. As causas que determinam estas mortes neonatais e pós-neonatais se comportam de maneira diferenciada, sendo influenciadas por fatores diversos, o que justifica estudá-las de forma separada (ALVES, MORAES, VIANA, 2011).

A ocorrência do óbito neonatal precoce (0 a menos de sete dias) está associada a fatores relacionados com a atenção prestada à mulher durante a gestação, parto, bem como a atenção ofertada ao recém-nascido logo após o nascimento. No que concerne ao óbito neonatal tardio, os fatores determinantes da mortalidade estão mais comumente associados às condições socioeconômicas, culturais, demográficas e do meio ambiente, estando diretamente relacionadas com as doenças infecciosas, como a infecção neonatal e as diarreias.

A mortalidade perinatal, por sua vez, é um indicador de grande valor para inferir as condições de vida de uma população. É capaz de refletir a qualidade da assistência prestada à grávida, ao feto e ao recém-nascido antes de completar 1 semana de vida. Estima o risco de o feto nascer morto com peso maior ou igual a 500g e/ou idade gestacional igual ou superior a 22 semanas, ou, ao nascer, vivo de morrer na primeira semana de vida, entre todos os nascimentos ocorridos. A preocupação em estudar a mortalidade perinatal, no entanto, ainda concentra pesquisas em relação aos nascidos vivos sobreviventes, havendo pouco interesse para as questões relacionadas com aqueles que morrem antes do nascimento. (ORTIZ, 2012; BARRETO, NERY & MENDES, 2011).

A crescente preocupação com os eventos que incidem sobre a mortalidade perinatal está relacionada ao fato de que, apesar de se observar uma tendência mundial de redução dos coeficientes de mortalidade infantil, em particular no Brasil, as causas ligadas ao período gestacional e ao parto contribuem muito pouco para a redução total dos óbitos infantis, passando assim as causas perinatais a ocupar o primeiro lugar entre as causas de óbito de crianças no primeiro ano de vida (BRASIL, 2012; LANSKY & FRANÇA, 2009).

Quando comparadas às mortes do componente pós-neonatal (28 dias a < 1 ano), os óbitos perinatais expressam redução muito mais lenta e mais difícil, refletindo o empenho da gestão na oferta de atenção com qualidade à gestante e ao recém-nascido, enquanto o primeiro configura aspectos da qualidade de vida de uma população (LANSKY & FRANÇA, 2009).

Assim como a mortalidade infantil, a mortalidade perinatal alcançou declínios, porém mostrou tendências de desigualdade nas diversas regiões brasileiras. Populações mais vulneráveis registram piores condições de vida e acesso aos serviços de saúde. O Norte e Nordeste do Brasil possuem as taxas mais elevadas de óbitos perinatais, quando comparadas com as outras regiões do País. É válido ressaltar que as reduções observadas no Brasil se deram principalmente na parcela referente aos óbitos neonatais precoces em detrimento dos óbitos fetais (ORTIZ, 2012; KASSAR et al, 2013).

No Brasil, a taxa de mortalidade perinatal expressou declínios por todos estes anos, principalmente com a queda das mortes infantis. Em um estudo de dez anos, observou-se que houve redução de 17% de 2000 a 2010, quando a taxa passou de 26,0/1.000 nascimentos para 21,5. Em 2000 os óbitos neonatais precoces perfaziam 53% das mortes perinatais. Em

contraposição, no ano de 2010, detectou-se que a maior contribuição foi dos óbitos fetais com 56% em relação aos neonatais precoces (ORTIZ, 2012; Brasil, 2012).

Esta inversão no cenário dos óbitos perinatais só reforça o quanto a incorporação de novas tecnologias na atenção neonatal, que impactam no indicador de mortes neonatais precoces (0 a sete dias). Em relação porém, às principais causas de óbitos perinatais no Brasil, em 2010, 72% destes óbitos foram classificados como redutíveis ou evitáveis, ou seja, mortes que poderiam não ter ocorrido e apenas 12% foram considerados não passíveis de redução. (BRASIL, 2012; ORTIZ, 2012; LANSKY & FRANÇA, 2008).

O estudo teve como objetivos classificar as causas básicas de óbitos neonatais precoces de acordo com a lista brasileira de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde em menores de cinco anos, analisar as associações entre óbito perinatal e peso ao nascer, idade materna, duração da gestação, grau de vitalidade (Apgar ao primeiro e quinto minutos) e número de consultas de pré-natal.

## **METODOLOGIA**

Foi realizado um estudo epidemiológico, observacional do tipo caso-controle, para estudar possíveis fatores relacionados à ocorrência de morte neonatal, mediante a utilização dos bancos de dados SIM e SINASC.

Foram estudadas as crianças nascidas vivas ou mortas de hospitais conveniados com o Sistema Único de Saúde (SUS) de Fortaleza no ano de 2005. Para os dados da saúde perinatal, foram usadas as seguintes fontes dos dados: 1) SINASC (Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos)(Sic), 2) SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade).

Foram considerados casos os nascimentos que tiveram óbito no período perinatal e os controles foram pareados por data de nascimento. Foram selecionados de três a cinco controles para cada caso.

Para cada sítio, foram avaliadas as associações entre óbito perinatal e as seguintes características: peso ao nascer, idade materna, duração da gestação, grau de vitalidade (pagar ao primeiro e quinto minutos) e número de consultas de pré-natal.

## RESULTADOS

Dos 236 óbitos neonatais precoces analisados nesse estudo, verificou-se que 30,93% (73/236) ocorreram nas primeiras 24 horas de vida do recém-nascido e 69,07% (163/236) do primeiro ao sexto dias de vida dos recém-nascidos.

Em relação à idade materna, o banco de dados do SIM mostrou que, em 13,55% (32/236) dos registros, os valores referentes à idade materna apresentavam-se em branco. Dentre os valores válidos dessa variável (204 registros com idade materna), média de idade dos óbitos neonatais em menores de sete dias encontrada neste estudo foi de 26,1 anos (desvio-padrão = 7,099374), com valor mínimo de 14 anos e máximo de 42 anos de idade. Observou-se que 20,09% (41/204) dos recém-nascidos que morreram no período neonatal precoce eram de mães adolescentes (com idade inferior a 20 anos), 6,86% (14/204) tinham de 14 a 16 anos e 14,70% (30/204) eram filhos de mães com idade de 35 anos ou mais.

Quanto à escolaridade materna dos recém-nascidos que evoluíram para óbito neonatal precoce, em 70 dos 236 registros (29,6%), essa informação era ignorada ou em branco. Dos 166 registros preenchidos, 5,42% (09/166) das mães

tinham menos de quatro anos de estudo, 29,51% (49/166) possuíam entre quatro e sete anos de estudo, 44,57% (74/166) entre oito e onze anos de estudo, 14,45% (24/166) cursaram 12 anos de estudo e mais, e 6,02% (10/166) das mães neste estudo não eram alfabetizadas.

Dos 236 óbitos neonatais precoces, 52,96% (125/236) eram do sexo masculino, 45,76% (108/236) eram do sexo feminino ( $\chi^2 = 1,28$ ;  $p = 0,257990$ ) e 1,28% (03/236) eram óbitos do sexo ignorado.

Sobre a idade gestacional, houve 3,65% (15/236) de valores ignorados ou em branco. Do total de óbitos neonatais precoces analisados, 75,84% (179/236) ocorreram entre nascidos com menos de 37 semanas gestacionais e 17,79% (42/236) entre aqueles nascidos com 37 semanas de gestação e mais.

Em relação ao tipo de gravidez, em 5,51% das declarações de óbito (13/236) esse campo encontrava-se registrado ignorado ou em branco. A maioria (81,35%) dos óbitos neonatais precoces (192/236) eram gravidezes únicas, 12,30% (29/236) gravidez dupla e apenas 0,42% (01/236) gravidez tripla.

O peso médio dos recém-nascidos que evoluíram para óbito no período neonatal precoce foi de 1.369g (desvio-padrão = 987g), com valor mínimo de 305g e máximo de 4.350g. O percentual de recém-nascidos com baixo peso (menor do que 2.500g) foi de 77,11%, (182/236), dos quais 78,02% (142/182) foram de muito baixo peso (menos de 1.500g). Considerando todos os óbitos, o percentual de peso inferior a 1.500g foi de 60,16% (142/236) e o percentual de peso inferior a 1.000g foi de 47,88% (113/236). Do total de óbitos neonatais precoces analisados em 6,35% (15/236) das declarações de óbito não havia preenchimento dessa variável.

A taxa de partos operatórios entre os recém-nascidos que evoluíram para óbito precoce foi de 34,32% (81/236) e o parto vaginal ocorreu em 58,89% (139/236) do total de óbitos neonatais precoces. Em 6,77% (16/236) dos registros de óbitos neonatais precoces, não houve o preenchimento dessa variável ou se encontrava ignorada.

O quadro seguinte mostra a classificação das causas básicas dos óbitos neonatais de acordo com a atualização da lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil (MALTA *et al.*, 2010) e foram classificados:

36,86% (87/236) pertenceram ao subgrupo de causas evitáveis reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação;
13,55% (32/236) ao subgrupo de causas evitáveis reduzíveis por adequada atenção à mulher no parto;
21,18% (50/236) subgrupo de causas evitáveis reduzíveis por adequada atenção ao feto e ao recém-nascido;
0,42% (01/236) subgrupo de causas evitáveis reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde, vinculadas a ações adequadas de atenção à saúde;
3,81% (09/236) entre o grupo de causas de morte mal definidas;
24,15% (57/236) pertenceram às demais causas (não claramente evitáveis).



**Tabela 1:** Distribuição percentual dos óbitos neonatais precoces, segundo a Lista brasileira de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde em menores de cinco anos. Fortaleza-CE, 2013.

Lista brasileira de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde em menores de cinco anos	n	%
<b>1. Causas evitáveis:</b>		
1.1. Reduzíveis por ações de imunoprevenção	-	-
1.2. Reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação, parto, feto e ao recém-nascido:		
1.2.1. Reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação	87	36,86
1.2.2. Reduzíveis por adequada atenção à mulher no parto	32	13,55
1.2.3. Reduzíveis por adequada atenção ao feto e ao recém-nascido	50	21,18
1.3. Reduzíveis por ações adequadas de diagnóstico e tratamento	-	-
1.4. Reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde, vinculadas a ações adequadas de atenção à saúde	01	0,42
Subtotal	170	72,04
2. Causas de morte mal definidas	09	3,81
3. Demais causas (não claramente evitáveis)	57	24,15

Observou-se média de idade materna de 24,8 anos de idade (desvio-padrão = 6,730), com idade mínima de 13 anos e máxima de 45 anos de idade. A proporção de mães adoles-

centes (menores de 20 anos) representou 24,57% (174/708) do total de recém-nascidos sobreviventes, 7,90% (56/708) tinham de 13 a 16 anos e 10,87% (77/708) eram filhos de mães com idade de 35 anos ou mais.

Em relação à escolaridade materna dos recém-nascidos sobreviventes, 6,10% (43/708) das mães tinham menos do que quatro anos de estudo, 32,32% (227/708) possuíam de quatro a sete anos de estudo, 54,07% (381/708) entre oito e onze anos de estudo, 6,10% (43/708) cursaram 12 anos de estudo e mais e apenas 1,27% (09/708) das mães entrevistadas no estudo não eram alfabetizadas. O percentual de ignorado dessa variável foi de 0,14% (01/708).

O sexo feminino apresentou maior proporção entre os recém-nascidos sobreviventes [50,42% (357/708)] em relação ao sexo masculino [49,58% (351/708)].

No concernente à duração da gestação, verificou-se que apenas seis recém-nascidos (0,84% do total) não tiveram o registro da idade gestacional preenchida no SINASC. A proporção de crianças que nasceram com 37 ou mais semanas de gestação representou 85,03% (599/708) do total de recém-nascidos sobreviventes ao período neonatal precoce. Os nascimentos pré-termo corresponderam a 14,97% (103/708) do total.

Neste estudo, o percentual de recém-nascidos com peso inferior a 2.500g entre os recém-nascidos sobreviventes representou 14,12% (100/708), enquanto 85,88% (247/264) dos recém-nascidos que sobreviveram ao 6º dia de vida tinham peso igual ou superior a 2.500g. O peso médio foi de 3.100g (desvio-padrão=680g), com valor mínimo de 428g e máximo de 5.230g.

Em relação ao tipo de parto entre os recém-nascidos sobreviventes ao período neonatal precoce, houve predomínio

de parto normal, com 65,26% (395/708) do total; o parto cesárea correspondeu a 34,60% (245/708) e apenas um (0,14%) registro das 708 declarações de nascidos vivos esse se encontrava ignorado.

O número de consultas de acompanhamento ao pré-natal se encontrava ignorado ou em branco em 2,82% (20/708) das declarações de nascidos vivos sobreviventes ao período neonatal precoce. Em 3,38% (24/708) as mães dos recém-nascidos sobreviventes ao período neonatal precoce não realizaram acompanhamento pré-natal, 15,51% (110/708) realizaram apenas de uma a três consultas, em 51,98% (368/708) das declarações constavam entre quatro a seis consultas pré-natal e em 26,28% (186/708) realizaram de 7 a mais consultas.

Em relação ao escore de Apgar no primeiro minuto de vida do recém-nascido, não houve o preenchimento dessa variável na base do SINASC analisada em 2,82% (20/708) dos sobreviventes. Admitindo-se ponto de corte do escore de Apgar 1º minuto de vida inferior a sete, verificou-se que 9,74% (69/708) dos recém-nascidos apresentaram Apgar inferior a sete e 87,43% (619/708) com valores iguais ou superiores a sete.

O índice de Apgar no quinto minuto de vida indicou percentual ignorado ou em branco mais elevado quando comparado ao primeiro minuto de vida (14,68% - 104/708). O percentual de Apgar no 5º minuto de vida foi de apenas 1,83 (13/708) e de 83,48 (591/708) com valores superiores ou iguais a sete.

As variáveis idade materna, escolaridade da mãe em anos de estudo, idade gestacional em semanas, tipo de gravidez, tipo de parto, sexo e peso ao nascer do recém-nascido e natimortos foram selecionadas com base nos bancos de dados do SINASC e SIM.

As análises bivariadas de ambos os desfechos (óbitos neonatais precoces e natimortos) foram realizadas após a exclusão de valores ignorados.

Em relação aos óbitos neonatais precoces em relação aos sobreviventes (controles), observou-se que as variáveis que alcançaram significância estatística em nível de 95% de confiança foram: idade gestacional inferior a 37 semanas ( $OR=21,32$ ;  $IC_{95\%} 14,03-32,49$ ), tipo de gravidez (categoria múltipla) com  $OR= 9,06$  ( $IC_{95\%} 4,36-19,13$ ) e peso ao nascer inferior a 2500g com  $OR= 28,37$  ( $IC_{95\%} 18,57-43,49$ ) (Tabela 2).

As variáveis denominadas idade materna, escolaridade materna em anos de estudo, sexo do recém-nascido e tipo de parto não denotaram relação entre óbito durante do período neonatal precoce quando comparadas às probabilidades entre os nascidos vivos sobreviventes .

Tabela 2 – Resultados da análise bivariada entre óbitos neonatais precoces e sobreviventes segundo variáveis relativas às características maternas e do recém-nascido. Fortaleza-CE, 2013.

Variáveis	Caso n=236	%	Controle n=708	%	OR não ajustada	IC 95%	p
Idade materna							
< 20	41	20,0	174	24,6	0,81	0,54 - 1,22	0,289
20-34	133	65,1	457	64,5	1,00		
≥ 35	30	14,9	77	10,9	1,34	0,82 - 2,18	0,216
Escolaridade materna							
< 4 anos de estudo	19	11,4	52	7,4	1,62	0,89 - 2,91	0,086
≥ 4 anos de estudo	147	88,6	651	92,6	1,00		
Idade gestacional							

< 37 semanas	154	78,6	103	14,7	21,32	14,03 - 32,49	<0,001
≥ 37 semanas	42	21,4	599	85,3	1,00		
Tipo de gravidez							
Múltipla	30	13,5	12	1,7	9,06	4,36 - 19,13	<0,001
Única	192	86,5	696	98,3	1,00		
Sexo recém-nascido							
Masculino	125	53,6	351	49,6	1,18	0,87 - 160	0,280
Feminino	108	46,4	357	50,4	1,00		
Peso ao nascer							
< 2500g	182	82,4	100	14,1	28,37	18,57 - 43,49	<0,001
≥ 2500g	39	17,6	608	85,9	1,00		
Tipo de parto							
Operatório	81	36,8	245	34,7	1,10	0,79 - 1,52	0,557
Vaginal	139	63,2	462	65,3	1,00		

Em relação aos natimortos em comparação aos sobreviventes (controles), observou-se que as variáveis que alcançaram significância estatística em nível de 95% de confiança foram: idade gestacional inferior a 37 semanas ( $OR=17,82$ ;  $IC_{95\%}$  12,64-25,15), sexo do natimorto com  $OR=1,41$  ( $IC_{95\%}$  1,08-1,84) e peso após o parto inferior a 2500g com  $OR=23,25$  ( $IC_{95\%}$  16,31-33,19) (Tabela 3).

As variáveis denominadas: idade materna, escolaridade materna em anos de estudo, tipo de parto e tipo de gravidez não apontaram relação entre óbito fetal quando comparadas às probabilidades entre os nascidos vivos sobreviventes (Tabela 3).

**Tabela 3** – Resultados da análise bivariada entre natimortos e sobreviventes, segundo variáveis relativas às características maternas e fetais. Fortaleza-CE, 2013.

Variáveis	Caso n= 353	%	Contro- le n= 708	%	OR não ajusta- da	IC 95%	p
Idade materna							
< 20	64	20,9	174	24,6	0,86	0,61-1,21	0,364
20-34	196	64,3	457	64,5	1,00		
≥ 35	45	14,8	77	10,9	1,36	0,89-2,08	0,132
Escolaridade materna							
< 4 anos de estudo	25	11,2	52	7,4	1,57	0,92-2,67	0,075
≥ 4 anos de estudo	199	88,8	651	92,6	1,00		
Idade gesta- cional							
< 37 semanas	239	75,4	103	14,7	17,82	12,64- 25,15	<0,001
≥ 37 semanas	78	24,6	599	85,3	1,00		
Tipo de gravidez							
Múltipla	17	4,9	12	1,7	9,06		
Única	327	95,1	696	98,3	1,00	1,35-6,80	0,002
Sexo natimorto							
Masculino	198	58,1	351	49,6	1,41	1,08-1,84	0,009
Feminino	143	41,9	357	50,4	1,00		
Peso após parto							
< 2500g	260	79,2	100	14,1	23,25	16,31- 33,19	<0,001
≥ 2500g	68	20,8	608	85,9	1,00		
Tipo de parto							
Operatório	76	22,3	245	34,7	0,54	0,40-0,74	<0,001
Vaginal	265	77,7	462	65,3	1,00		
Tipo de parto							
Operatório	76	22,3	245	34,7	0,54	0,40-0,74	<0,001
Vaginal	265	77,7	462	65,3	1,00		

## CONCLUSÕES

Ao final do estudo, foi possível concluir que os indicadores de saúde perinatal no Município de Fortaleza ainda estão elevados, quando comparados com os de capitais brasileiras do Sul e Sudeste.

Detectou-se o fato de que a taxa de óbitos neonatais nas primeiras 24 horas de vida foi de 30,93% e a de óbito neonatal precoce, foi de 69,07%.

Não conformidades relacionadas com a assistência ainda precária podem ser percebidas ante a grande quantidade de recém-nascidos prematuros de muito baixo peso nascendo de parto vaginal, quando a indicação para este grupo etário é o parto cesariano, como prevenção da hemorragia intracraniana.

Outro fato importante tem relação com as causas de óbitos neonatais precoces, quando a maior parte deles poderia ter sido evitada, caracterizados como mortes desnecessárias.

Em relação aos natimortos, predominaram àqueles com baixo peso ao nascer e quanto à evitabilidade, foi impossível analisar em virtude da grande incompletude das notificações.

Quanto às associações dos óbitos perinatais com alguns determinantes, pode-se concluir que a idade gestacional e o peso ao nascer são dois fatores de risco relacionados com a ocorrência destas mortes, comprovando, assim, suas relações com estas mortes.

## REFERÊNCIAS

ALVES, A. A. S. L.; MORAES, R. M. M.; VIANNA, R. P. T. **Análise espacial da mortalidade pós-neonatal no município de João Pessoa, PB.** In: SHEWC 2011 - XI Safety, Health and Environment World Congress, 2011, Santos-SP. Disponível em:<http://www.de.ufpb.br/~ronei/Alves2011AnaliseEspacialMortalidadePos-Neonatal.pdf>. Acesso em: 15 out. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Coordenação Geral de Informação e Análise Epidemiológica. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de prevenção do óbito infantil e fetal.**, Brasília: Ministério da Saúde, 2009, 77 p.

KASSAR SB, MELO AM, COUTINHO SB, LIMA MC, LIRA PI. Determinants of neonatal death with emphasis on health care during pregnancy, childbirth and reproductive history. *J Pediatr (Rio J)*. 2013;89:269-77.

LANSKY S., FRANÇA E., PERPÉTUO, I. H., ISHITANI, L. **A mortalidade Infantil: tendências da mortalidade neonatal e pós-neonatal.** In: 20 anos do SUS. Ministério da Saúde, 2009.

NASCIMENTO, R. M.; LEITE, A. J. M.; ALMEIDA, N. M. G. S.; ALMEIDA, P. C.; SILVA, C. F. Determinantes da mortalidade neonatal: estudo caso-controlado em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 559-572, 2012.



# CAPÍTULO 14

## MORTALIDADE NA INFÂNCIA NO CEARÁ: UM ESTUDO ECOLÓGICO

*Elzo Pereira Pinto Júnior*

*Thays Bezerra Brasil*

*Ítala Thaise de Aguiar Holanda*

*Ilvana Lima Verde Gomes*

*Marcelo Gurgel Carlos da Silva*

*Francisco José Maia Pinto*

### INTRODUÇÃO

Os indicadores de saúde são medidas-síntese sobre determinadas dimensões do estado de saúde da população, bem como do desempenho do sistema de saúde. São de enorme importância em saúde pública, pois refletem a situação sanitária de uma população e servem para a vigilância das condições de saúde, tomada de decisões baseadas em evidências e programação das ações de saúde (OPAS, 2008).

Segundo o Manual de Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil (2008), a taxa de mortalidade infantil, ou coeficiente de mortalidade infantil, pode ser definida como o número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em um determinado espaço geográfico, no ano considerado. Possui três componentes: mortalidade neonatal precoce (referente aos óbitos que ocorrem nos seis primeiros dias de vida), neonatal tardia (que diz respeito aos

óbitos ocorridos de sete a 27 dias de vida) e pós-neonatal (relativo aos óbitos que ocorrem de 28 a 364 dias de vida).

Esses dados oferecem estimativa do risco de morte dos nascidos vivos durante o seu primeiro ano de vida e reflete, de maneira geral, as condições de desenvolvimento socioeconômico e infraestrutura ambiental, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção a saúde materno-infantil, podendo seus resultados subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a atenção pré-natal e ao parto, bem como para a proteção da saúde infantil.

A mortalidade infantil é considerada bom indicador de qualidade de vida e dos serviços de saúde em geral, tendo havido decréscimos na faixa acima do período neonatal. O componente neonatal desse indicador, entretanto, engloba relações entre serviços de saúde complexos, o que dificulta a redução mais significativa da mortalidade dessa faixa etária (GOULART *et al.*, 2006).

A redução da mortalidade infantil é uma preocupação mundial e consta como a 4ª meta a ser alcançada na “Declaração do Milênio das Nações Unidas”, cujo lançamento se deu em setembro de 2000, em Nova York, e foi assinado por 191 países. O Brasil é signatário dessa declaração e se comprometeu em reduzir em dois terços a razão da mortalidade infantil até 2015 (ONU, 2000).

A atenção a saúde da criança é uma das prioridades em termos de políticas públicas de saúde brasileiras e o Governo federal se empenha na redução da taxa de mortalidade infantil, e, ao longo dos anos, implementa ferramentas políticas e de gestão em todo o Território Nacional.

Desde 1984, são priorizadas no Brasil ações básicas de saúde que possuem comprovada eficácia na redução da morbimortalidade infantil, podendo-se destacar a atenção ao recém-nascido, a promoção do aleitamento materno, o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança, as imunizações e a prevenção e o controle das doenças diarreicas e das infecções respiratórias agudas, visando a incrementar a capacidade resolutiva dos serviços na atenção à criança. Nesse sentido, algumas iniciativas são desenvolvidas com sucesso: Política de Incentivo ao Aleitamento Materno, Iniciativa Hospital Amigo da Criança, Atenção Integrada às Doenças Prevalente na Infância e Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Mãe-Canguru (BRASIL, 2002).

Na década de 1990, houve redução de 38% nas mortes infantis, com uma queda da mortalidade de 48/1.000 nascidos vivos em 1990, para 29,6/1.000 em 2000. Os avanços são nítidos, entretanto, ainda existem profundos contrastes nas chances de sobrevivência entre as crianças de várias regiões do País. No Nordeste, por exemplo, há concentração de quase metade dos óbitos infantis, o que demanda intensificação das ações de educação, geração de renda, saneamento básico, alimentação adequada e oferta de serviços de saúde de qualidade (BRASIL, 2002).

Em 2012, foi divulgado o Relatório sobre os Níveis e Tendências da Mortalidade Infantil, elaborado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e pelo Grupo Interinstitucional de Estimativas sobre Mortalidade Infantil das Nações Unidas, composto de representantes da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Banco Mundial. Os dados apontam que o Brasil promoveu redução significativa da mortalidade na infância (até cinco anos de idade): 205 mil crian-

ças de menos de cinco anos morreram no País em 1990; já em 2011 foram 44 mil óbitos, uma redução de 73%, bem maior do que a média global, que foi de aproximadamente 40%. Comparando-se, porém, com os índices de outros países, o Brasil ainda ocupa posição insatisfatória (107<sup>a</sup>) na tabela de mortes de crianças. Nas Américas, Cuba e Canadá lideram o índice positivo com apenas seis mortes por mil nascidos vivos, enquanto Cingapura, Eslovênia, Suécia e Finlândia lideram respectivamente o ranque global de menos mortes (menos de três por mil). Ainda nas Américas, Haiti (70 por mil) e Bolívia (51 por mil) lideram negativamente com o maior número de mortes, enquanto Serra Leoa, Somália, Mali e Chade possuem os piores índices globais.

A mortalidade infantil no Brasil está diminuindo, contudo, em comparação com países desenvolvidos, que exibem taxas de mortalidade infantil geral em torno de cinco, as taxas médias brasileiras, que estão perto de 18/1000 nascidos vivos, refletem as condições precárias no modo de vida da coletividade. No Ceará, a taxa de mortalidade infantil passou de 21,3/1000 nascidos vivos em 2001 para 13,1/1000 nascidos vivos em 2010. No Município de Fortaleza, as taxas de mortalidade infantil, à semelhança do Brasil e do Ceará, também estão em declínio, passando de 27,4/1000 nascidos vivos em 1999 para 15/1000 nascidos vivos em 2008 (CEARÁ, 2010; CEARÁ, 2013; FORTALEZA, 2010).

Estudos que buscam elucidar os fatores determinantes desse evento ainda na realidade brasileira são importantes, pois a mortalidade infantil ainda é marcada por diferenças regionais intensivamente associadas às condições socioeconômicas e de acesso aos serviços de saúde.

A rede de fatores associados ao óbito infantil é vasta, incluindo desde determinantes biológicos, como índice de Apgar no 1º e 5º minutos, baixo peso ao nascer, a prematuridade e a presença de malformação congênita; determinantes socioeconômicos como escolaridade, estado civil e idade da mãe, raça/cor; além de características de assistência à saúde assim como, número insuficiente de consultas pré-natais (MAIA; SOUZA; MENDES, 2012). Nesse sentido, alguns fatores, principalmente os de ordem socioeconômica e assistencial, são passíveis de mudanças por meio de políticas públicas de qualidade e melhoria da qualidade de vida da população; daí a importância do seu reconhecimento.

Em razão das considerações mencionadas, este estudo tem como objetivo descrever a tendência temporal do indicador mortalidade infantil no Estado do Ceará, de 2001 a 2010.

## **MÉTODO**

Esse estudo é ecológico, do tipo série histórica, utilizando dados de óbitos de crianças com idade inferior a cinco anos, de ambos os sexos, no período 2001 a 2010. Foram incluídos todos os óbitos em Municípios do Ceará, no período focalizado.

Os dados de mortalidade foram obtidos diretamente do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde, disponibilizados pelo Departamento de Informática do SUS – DATASUS (SIM/MS/DATASUS). As taxas de mortalidade foram apresentadas de acordo com os componentes etários “neonatal precoce” (de zero a seis dias), “neonatal tardia” (de sete a 27 dias), “pós-neonatal” (de 28 dias a um ano) e na infância (de um ano até menores de cinco anos).

Além das taxas de mortalidade, foi analisado o número absoluto de óbitos em crianças, segundo a Classificação In-

ternacional de Doenças – 10 (CID-10), sendo selecionadas as causas mais expressivas. Estas observações também consideraram os componentes etários para observar o comportamento das causas segundo idade das crianças mortas.

Com o intuito de ampliar a análise da mortalidade e permitir identificar o cenário em que ocorrem as variações na série histórica, incluiu-se no escopo do trabalho o indicador “Proporção de mulheres com filhos nascidos vivos por número de consultas pré-natal”. Este indicador, disponível no DATA-SUS, mede a realização de consultas pré-natal, é influenciado por fatores socioeconômicos e pela infraestrutura da prestação de serviços públicos e permite uma análise associada com a mortalidade infantil, justificando assim seu uso nesta pesquisa.

Os dados foram tabulados em planilhas do *software* Microsoft Excel 2010 e analisados com base na Estatística Descritiva, envolvendo a distribuição de frequências relativas e absolutas. Os resultados serão expressos sob a forma de gráficos e quadros.

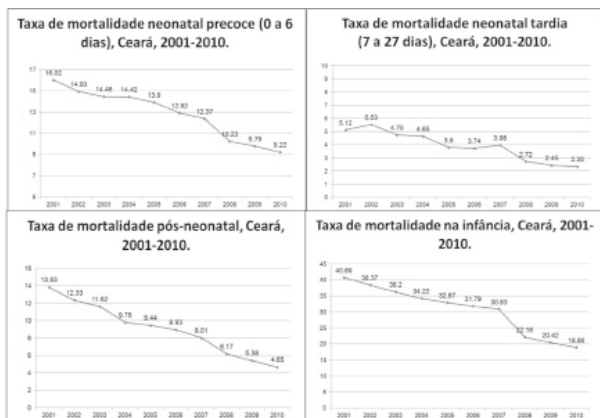
## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A mortalidade infantil no Ceará apontou redução de 40,69/1000 óbitos na infância em 2001 por 18,86/1000 em 2010, representando diminuição de 28% neste período. Todos os componentes etários desse indicador também indicaram declínio. Em relação ao componente neonatal precoce, a taxa de mortalidade infantil caiu de 16 óbitos por 1.000 nascidos vivos para 9,22 óbitos em 1.000 nascidos vivos. As taxas de mortalidade pós-neonatal e na infância também tiveram queda significativa. Quando se trata, entretanto, da taxa de mortalidade neonatal tardia, observa-se discreta diminuição em valores absolutos, reduzindo de 5,12 óbitos/1.000 nascidos vivos para 2,35/1.000 nascidos vivos (Figura 1).

Os fatores determinantes da mortalidade infantil são largamente estudados, no entanto seu conhecimento produziu impactos distintos na sua redução em distintas regiões do País. O seu monitoramento é de enorme importância, principalmente em países em desenvolvimento, como no caso do Brasil (SILVA, 1999).

De acordo com o IBGE, a taxa de mortalidade infantil no Estado, no ano de 2010, é considerada baixa - 20 mil óbitos por mil nascidos vivos. Esse declínio acontece em todas as cidades brasileiras, com grande destaque para o Nordeste do País, onde correu redução de 48%, passando de 38,4 por mil nascidos vivos para 20,1/1000 no mesmo momento (BRASIL, 2011). Vale considerar o fato de que, no Brasil, a mortalidade em 2009 atingiu 14,8% (MORAES, 2012), persistindo uma distribuição desigual nos índices da mortalidade entre as regiões do País.

Figura 1. Taxas de mortalidade infantil (óbitos infantis/1000 habitantes), por componente etário, no Ceará, 2001-2010.

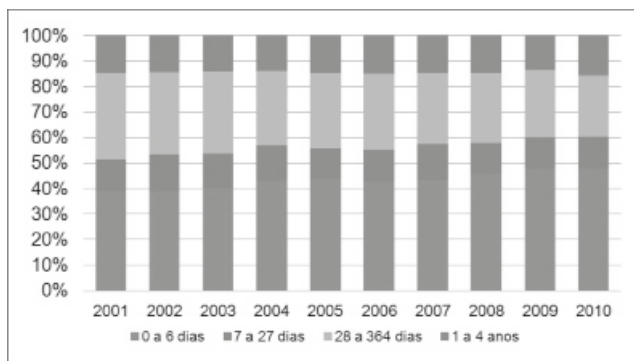


Fonte: Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Mortalidade (SIM).

Na distribuição dos óbitos infantis de acordo com as faixas etárias em estudo, é possível notar que o componente neonatal precoce se mantém responsável pelo maior número relativo de óbitos nas crianças, representando valores de 40% a 50% na série histórica estudada. Logo em seguida, o componente pós-neonatal se posiciona como a segunda maior proporção de óbitos infantis (Gráfico 1).

A distinção entre os componentes neonatal precoce, tardia e pós-neonatal, deve ser levada em consideração na análise dos fatores condicionantes para a mortalidade infantil, com a finalidade de destacar os fatores associados. No período analisado, observou-se que o óbito pós-neonatal foi o que mostrou maior redução de 13,83% em 2001 para 4,65% em 2010 uma redução de 33%. Já a mortalidade neonatal representou 71,36% dos óbitos de zero a 27 dias de vida no ano de 2010, sendo que 56,86% ocorreram em bebês com idade de zero a seis dias de vida (período neonatal precoce).

**Gráfico 1.** Proporção de óbitos em menores de cinco anos, por componente etário, Ceará, 2001-2010.



Fonte: Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Mortalidade (SIM).

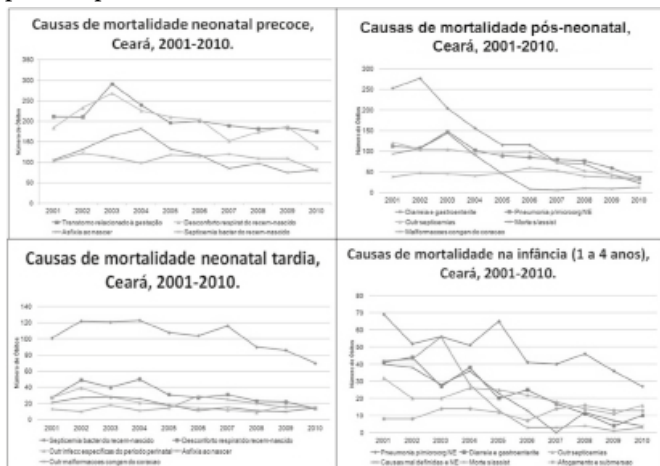


A redução da mortalidade infantil é ainda um grande desafio para o Brasil. Apesar da queda importante nos últimos anos, decorrente, em especial, da redução da componente pós-neonatal, os índices são ainda elevados, em decorrência de uma estagnação da mortalidade neonatal no País e de uma concentração nas regiões e populações mais pobres, refletindo as desigualdades sociais. Esta situação é agravada quando se reconhece que, em sua maioria, estas mortes precoces podem ser consideradas evitáveis, determinadas pelo acesso em tempo oportuno a serviços de saúde resolutivos e qualificados (BRASIL, 2005).

A análise dos valores absolutos de óbitos em crianças menores de cinco anos de idade, categorizadas por componente etário e causas de mortalidade, permite afirmar que em todas as faixas etárias aconteceram reduções na quantidade de mortes. Além disso, ressalta-se ainda que haja certas causas presentes em alguns grupos etários e ausentes de outros.

Os transtornos relacionados à gestação constituem as maiores causas de morte em crianças até o sexto dia de vida. No componente neonatal tardio, as septicemias bacterianas do recém-nascido figuram como a razão mais frequente de mortes. Já no componente pós-neonatal, destaca-se grande redução na mortalidade por diarreia e gastroenterites, que era a primeira causa de óbitos em 2001 e passou a ser a terceira em 2010. Por fim, na faixa etária de um a quatro anos de idade, a pneumonia, apesar de uma tendência de queda, continua sendo a causa de morte mais frequente (Figura 2).

Figura 2. Causas de mortalidade em menores de cinco anos, por componente etário, Ceará, 2001-2010.



Fonte: Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Mortalidade (SIM).

Evidenciou-se no estudo que a mortalidade neonatal precoce teve como principal causa de óbito a assistência pré-natal inadequada e as morbidades maternas. Dentre as falhas que levam à mortalidade perinatal no Brasil, pode-se destacar a inadequada assistência prestada ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido, caracterizando óbitos evitáveis (ARAÚJO; BOZZETI; TANAKA, 2000; DUARTE; MENDONÇA, 2005). Com relação às morbidades da mulher, o diabetes gestacional e a pré-eclâmpsia, além de serem complicações ocorridas durante a gestação, representam situações que predisõem o desenvolvimento de problemas respiratórios no concepto, alterações no crescimento intrauterino e malformações congênitas (VILLAR et. al., 2006; HERRERA; HUIDOBRO; OVALLE,

2005). Portanto, são necessárias medidas para garantir melhor cobertura de ações que englobem todo o ciclo gravídico-puerperal, proporcionando assistência efetiva à mulher e ao recém-nascido.

Em relação à mortalidade neonatal tardia, houve predomínio das doenças infecciosas, com destaque para as septicemias bacterianas. A quantidade de óbitos por sepse chama atenção para que haja melhoria nas intervenções específicas direcionadas à saúde dos recém-nascidos. A infecção na criança ainda permanece como importante causa do óbito, sendo evitada por meio da melhoria dos fatores relacionados à escolaridade materna e das condições de moradia, necessitando também ser consideradas como evento-sentinela no progresso dos serviços de saúde (BRASIL, 2011). Segundo a Organização Mundial de Saúde (2010), o componente neonatal é responsável por cerca de 40% das mortes ocorridas em crianças com até cinco anos de idade em todo o Mundo, sendo a sepse neonatal a causa de 6% dessas mortes. Os dados brasileiros apontam que 60% da mortalidade infantil ocorre no período neonatal, sendo a sepse neonatal uma das principais causas (ANVISA, 2008).

O desenvolvimento das Unidades de Terapia Neonatal merece destaque, pois colaborou para o aumento do tempo de sobrevivência no primeiro mês de vida do recém-nascido. Como consequência, o período de permanência da criança nessa unidade aumenta. Portanto, essa tecnologia pode estar relacionada com o aumento da sobrevivência dos bebês, além dos fatores relacionando a raça, a etnia e as condições socioeconômicas (FERRARI; BERTOLOZZI, 2012; BRASIL, 2011; OLIVEIRA; MELO; KNUPP, 2002).

Dentre as principais causas evitáveis no período pós-neonatal, foi verificado o fato de que as pneumonias, as mal-

formações congênitas e a diarreia, apesar da sua acentuada diminuição no período estudado, representaram as principais causas de morte. Em relação à doença diarréica, passível de prevenção e tratamento, ainda é a segunda maior causa de morte em crianças nos países em desenvolvimento. No caso do Brasil, nas últimas décadas, foi evidenciada uma grande redução nesse grupo de causa. Esse fato pode estar associado ao avanço da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e da melhoria das condições de infraestrutura (esgoto e água tratada) (GOYA; FERRARI, 2005; TEIXEIRA; PUNGIRUM, 2005). Em um estudo multicêntrico realizado no Brasil, verificou-se que a ESF conseguiu diminuir as elevadas taxas de mortalidade infantil nos municípios brasileiros, com um forte efeito sobre as doenças diarréicas (VICTORA; BRYCE; FONTAINE; MONASCH, 2000).

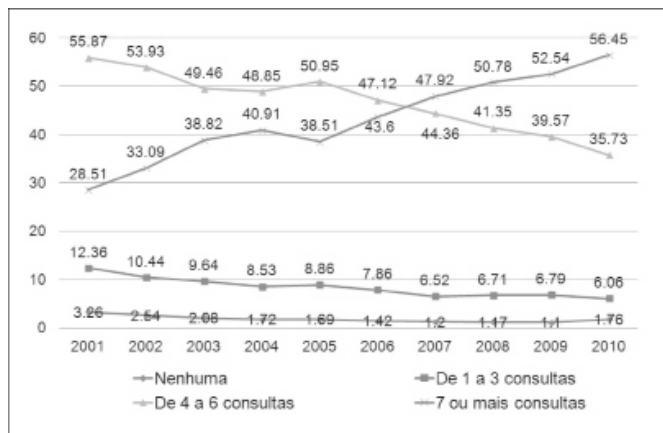
Quanto às doenças respiratórias, as pneumonias foram as causas mais comuns de internação, liderando altas taxas de morbidade e mortalidade no País e no Mundo (GOYA; FERRARI, 2005).

Com relação às causas dos óbitos na faixa etária de um a quatro anos de idade, a pneumonia, embora esteja em declínio, permanece como a primeira causa de morte nessa faixa etária. A incidência das infecções respiratórias agudas é semelhante em crianças menores de cinco anos no Mundo, no entanto as formas graves, como na pneumonia clínica, a incidência é heterogênea. No Brasil, estima-se que a ocorrência da pneumonia seja de 0,11 episódio/criança-ano, sendo considerado como o 15º país com maior número de casos anuais dessa doença em menores de cinco anos (1,8 milhão casos/ano). Nessa faixa etária, as infecções respiratórias agudas são responsáveis por mais de 50% da hospitalização, 30 a 50% das consultas ambu-

latorias e 10 a 15% dos óbitos, sendo que 80% dessas infecções decorrem das pneumonias (CARDOSO, 2010).

A proporção de mulheres com filhos nascidos vivos por número de consultas pré-natal no Ceará na década estudada permite pontuar o crescimento exponencial na proporção de nascidos vivos, concebidos de mães com sete ou mais consultas pré-natais. Esse número crescente de consultas de pré-natal relacionado com o nascimento de crianças vivas pode ser um fator que auxilie na compreensão na redução dos indicadores de mortalidade, refletindo uma melhora na assistência sanitária e nas políticas públicas nesse setor (Gráfico 2).

**Gráfico 2.** Proporção de mulheres com filhos nascidos vivos por número de consultas de pré-natal, no Ceará, 2001-2010.



Fonte: Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Mortalidade (SIM).

## CONCLUSÕES

Apesar dos avanços na assistência a Saúde materno-infantil nos últimos anos, os indicadores de mortalidade infantil no Ceará permanecem acima do recomendado pela Organização Mundial da Saúde. Destaca-se a significativa proporção de mortes relacionadas às causas evitáveis, indicando falhas na assistência prestada às gestantes e crianças nos serviços de Atenção Básica.

Para se alcançar a melhoria da saúde infantil, torna-se necessárias a realização de mudanças e a implementação de um conjunto de medidas preconizadas pela Meta 4 dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), relacionados com: melhoria na qualidade do pré-natal, garantia de um parto seguro e melhoria na assistência ao recém-nascido e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, além da implementação de tecnologias adequadas. Dessa forma, a melhoria desses indicadores deve continuar figurando na agenda de prioridades do SUS.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, B. F; BOZZETI, M. C; TANAKA, A. C. A. Mortalidade neonatal precoce no município de Caxias do Sul: um Estudo de Coorte. **Jornal de Pediatria**, v. 76, n. 3, p. 200-206,2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programas e projetos da saúde da criança: responsabilidades compartilhadas em benefício das crianças brasileiras. **Rev. bras. saúde matern. infant.**, v. 2, n. 2, p.193-196, 2002.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde ANVISA. **Agência de Vigilância Sanitária. Neonatologia: Critérios nacionais de infecção relacionada à assistência à saúde.** Brasília: 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. **Mortalidade infantil no Brasil: tendências, componentes e causas de morte no período de 2000 a 2010.** Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CARDOSO, A. M. A persistência das infecções respiratórias agudas como problema de Saúde Pública. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 7, p. 1270-1271, 2010.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado (SESA). **Informe epidemiológico: mortalidade infantil.** Fortaleza: Secretaria de Saúde do Estado, abr. 2013.

CEARÁ. Secretáriade Saúde do Estado (SESA). **Relatório dos Indicadores de monitoramento e avaliação do pacto pela saúde 2008.** Fortaleza: Secretária de Saúde do Estado, 2010.

DARMSTADT, G. I; BHUTTA, Z.A; COUSENS, S.; ADAM, T; WALKER, N.; DEBERNIS, L.; Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save? *The Lancet*, v. 365, n. 9463, p. 977-988,2005.

DUARTE, J. L. M. B; MENDONÇA, G. A. S. Comparação da mortalidade neonatal em recém-nascidos de muito baixo peso ao nascimen-

to, em maternidades do município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 5, p. 1141-1447, 2005.

FERRARI, R. A. P; BERTOLOZZI, M. R. Mortalidade pós-neonatal no território brasileiro: uma revisão da literatura. **Rer Esc Enferm USP**, v. 46, n. 5, p. 1207-1214, 2012.

FORTALEZA. Secretária Municipal de Saúde (SMS). **Boletim de saúde de Fortaleza: análise de mortalidade (II)**. Fortaleza: Secretaria de Saúde, v. 14, n. 01, 2010.

FUNDAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA- UNICEF. Situação Mundial da Infância 2008- **Caderno Brasil**. Brasília, p. 25-28. 2008.

GOULART, A. P.; VALLE, C. F.; DAL-PIZZOL, F.; CANCELIER, A.C. L. Fatores de risco para o desenvolvimento de sepse neonatal precoce em Hospital da rede pública do Brasil. **Rev. Bras. Terap. Intens**, v. 18, n. 2, p.148-153, 2006.

GOYA, A.; FERRARI, G.F. Fatores de risco para a morbimortalidade por pneumonia em crianças. **Rev Paul Pediatr.**, v. 23, n. 2, p. 99-105, 2005.

HERRERA, J. N; HUIDOBRO, M. G; OVALLE, L. C. Mal formaciones congénitas en hijos de madres con diabetes gestacional. **Rer Méd Chile**, v. 133, p. 547- 54, 2005.

LANSKY, S.; FRANÇA, E.; LEAL, M. C. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. **Rev Saúde Pública**, v. 36, p. 759-72, 2002.

MAIA, L. T. S.; SOUZA, W. V.; MENDES, A. C. G. Diferenciais nos fatores de risco para a mortalidade infantil em cinco cidades brasileiras: um estudo de caso-controle com base no SIM e no SINASC. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 11, p. 2163-76, 2012.

MORAES, G. F. **Perfil da mortalidade infantil em município de fronteira do Rio Grande do Sul, 2006-2009**. Especialização da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2012.

OLIVEIRA, R. B; MELO, E. C. P; KNUPP, V. M. A. O. Perfil dos óbitos



infantis no município do Rio de Janeiro segundo peso ao nascer, no ano de 2002. **Esc Anna Nery Rer Enferm**, v. 12, n. 1, p. 25-9, 2008.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Causes of death among children aged five year**. 2010.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Declaração do milênio**. Nova Iorque, 2000.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Rede Interagencial de Informação para a Saúde (RIPSA). Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e **aplicações**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 349 p.

RASELLA, D.; AQUINO, R.; BARRETO, M. L. Reducing childhood mortality from diarrhea and lower respiratory tract infections in **Brazil**. **Pediatrics**, v. 126, n. 3, p. 534-40, 2010.

SILVA, L. M. V.; PAIM, J. S.; COSTA, M. C. N. Desigualdades na mortalidade, espaço e estratos sociais. **Revista de Saúde Pública**, v. 33, n. 2, p. 187-197, 1999.

TEIXEIRA, J. C.; PUNGIRUM, M. E. M. C. Análise da associação entresaneamento e saúde nos países da América Latina e Caribe, empregando dados secundários do banco de dados da Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS. **Rev Bras Epidemiol.**, v. 8, n. 4, p. 365-76, 2005.

UNICEF. United Nations. Children's **Fund. Levels & Trends in Child Mortality**: report 2012. New York: UNICEF, 2012.

VICTORA, C. G.; BRYCE, J.; FONTAINE, O.; MONASCH, R. Reducing deaths from diarrhea through oral rehydration therapy. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 78, n. 10, p. 1246-1255, 2000.

VILLAR, J.; CARROLI, G.; WOJDYLA, D.; ABALOS, E.; GIORDAN, D.; BAAQEEL, H. Preeclampsia, gestational hypertension and intrauterine growth restriction, related or independent conditions? **Am J Obstet Gynecol**, v. 194, n. 4, p. 921-31, 2006.

# CAPÍTULO 15

## ESTADO NUTRICIONAL E PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA ENTRE UNIVERSITÁRIOS DA ÁREA DE SAÚDE

*Nara de Andrade Parente*

*Helena Alves de Carvalho Sampaio*

*Diana Jiménez Rodríguez*

*Isabella Barbosa Pereira Carneiro*

### INTRODUÇÃO

O título deste ensaio produz, de *per se*, alguns questionamentos: por que focar estado nutricional e atividade física entre universitários? Por que da área de saúde? Que novidade o tema irá trazer, uma vez parecer óbvio que esta relação existe de forma direta, ou seja, quanto mais sedentário é a pessoa, mais excesso de peso ele apresenta?

Buscar-se-á responder a estas indagações nesta seção com algumas publicações nacionais cujos autores também consideraram que a temática merecia cuidado e investigação.

Antes disso, porém, vale exprimir algumas reflexões que levaram ao desenvolvimento deste estudo. Inicialmente, o aspecto relacionado à faixa etária de universitários. É um grupo populacional pouco selecionado para a investigação de fatores e comportamentos de risco, pressupondo-se que, dentre todas as faixas etárias, talvez seja uma das mais protegidas de agravos crônicos à saúde. Na verdade, talvez por isso mesmo, seja um grupo que deveria ser visado, pois ações preventivas

poderiam ter repercussões benéficas na saúde durante seu envelhecimento. O segundo ponto é acreditar que os jovens adultos são já mais ativos do que os mais velhos e que, por isso, investigar atividade física entre eles levará a resultados de alta prevalência de prática regular desta, o que é evidenciado de forma contrária em alguns estudos que serão aqui apresentados. O terceiro ponto é a escolha sobre universitários da área de saúde, pois hipotetiza-se que seja um grupo já educado formalmente para a adoção de estilo saudável e, portanto, seu saber será equivalente ao seu fazer. Vários entraves, entretanto, exatamente pelo fato desses jovens estarem frequentando cursos desta área, já impedem o engajamento em comportamentos adequados, sejam eles de ordem operacional ou emocional. Finalmente a reflexão sobre por que investigar estado nutricional de universitários se sua faixa etária em levantamentos nacionais e internacionais é a que expressa os menores índices de peso inadequado, seja magreza, seja excesso ponderal. Na verdade, as inadequações são apenas inferiores às detectadas em outras faixas etárias, mas elas também se fazem presentes e, caso não avaliadas, podem progredir para altas taxas de situação de risco à saúde no futuro.

Resumidas as reflexões que sustentaram neste estudo, a seguir são indicados achados de alguns autores que contribuíram para consolidar a proposta aqui desenvolvida.

A prática regular de atividade física é, já há algum tempo, reconhecida como importante estratégia para a adoção de um estilo de vida saudável. Parece haver, no entanto, ainda um baixo reconhecimento desta em termos de inclusão formal nas ações de Promoção da Saúde e mesmo na sua incorporação no dia a dia pela população (HALLAL et al., 2012).

A relação da atividade física e da alimentação com a saúde já está confirmada. Ambas atuam diretamente na prevenção das doenças não transmissíveis (DNT). O exercício é uma atividade agradável e que traz benefícios diversos, como a melhora do perfil lipídico e da autoestima. A inatividade física, por sua vez, está relacionada a um fator de risco para o desenvolvimento ou agravamento de certas condições de saúde, como doença coronariana ou alterações cardiovasculares e metabólicas outras (MARCONDELLI; COSTA; SCHMITZ, 2008; SILVA et al., 2010). A Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) defende o argumento de que, para manter uma boa saúde cardiovascular e qualidade de vida, todo adulto deve realizar, pelo menos, cinco vezes por semana, 30 minutos de atividade física moderada de forma contínua ou acumulada, desde que em condições de realizá-la.

Infelizmente, avaliações realizadas em países como Brasil, Bélgica, Japão e Taiwan constataram que menos de um terço da população expressa alto nível de atividade física (NAF). Para a maioria dos países, os homens eram mais ativos. Notou-se que mais da metade dos homens em 12 países e mulheres em 14 não alcançaram o limite de alta atividade física. A prevalência de baixa atividade física variou de 7% a 43% entre os homens e de 6% a 49% entre as mulheres. No Brasil, cerca de 30% exibiram baixa atividade física, 45% atividade física moderada e 25% atividade física intensa (BAUMAN et al., 2009).

Este tema é importante campo de investigação, com destaque para os NAF de adolescentes e, em especial, jovens universitários por dois motivos: porque o ingresso na universidade é um evento marcado por novas relações, com a possibilidade de adoção de estilo de vida sedentário; e porque a

juventude é uma fase bastante oportuna para se colocar em prática medidas preventivas. É na fase universitária que o estilo de vida está sendo consolidado juntamente com a independência do jovem (FONTES; VIANNA, 2009).

Os estudantes universitários constituem grande parte da população jovem de um país e podem representar um referencial na sociedade. Portanto, sua escolha de qualquer tipo de estilo de vida pode afetar não só as suas vidas pessoais, mas também o estilo de vida e comportamentos de outros grupos na sociedade. É crucial a importância de trabalhar Promoção da Saúde e estilo de vida com este grupo, pois podem ser promotores de saúde nas questões relacionadas a si mesmos, suas famílias e, conseqüentemente, da sociedade (TOL et al., 2013). Isto é verdade, principalmente em se tratando de universitários de cursos da área da saúde, pois suas atividades profissionais envolvem a orientação e aconselhamento para uma vida saudável e a população os tem como modelo referencial (COLARES; FRANCA; GONZALEZ, 2009).

No estudo de Marconelli, Costa e Schmitz (2008), realizado com 281 estudantes da Universidade de Brasília, observou-se alta proporção de sedentarismo nos universitários da saúde (Medicina, Nutrição, Farmácia, Enfermagem, Odontologia e Educação Física) (65,5%). Os alunos de Educação Física foram os mais ativos, pois praticam atividade física como parte da grade curricular. Neste estudo, apenas 18,5% dos estudantes do curso de Nutrição se mostraram na categoria ativo. As atividades mais citadas foram a musculação e a caminhada. Quando perguntados sobre o motivo da não prática de atividade, a maioria (66,7%) relatou a falta de tempo como principal causa. A alimentação foi considerada inadequada para a maioria dos estudantes. Esse estudo avaliou também a

presença de excesso de peso, que foi mais presente em alunos de Enfermagem e Medicina com 20,4% e 14,6%, respectivamente. Este valor concorda com o estudo de Silva et al. (2011) na Universidade Federal de Santa Catarina, que encontrou prevalência de sobrepeso em 16% dos calouros investigados dessa universidade.

No estudo de Madureira et al. (2009), também realizado nessa academia, houve proporção significativa de acadêmicos que não exibiam comportamento regularmente ativo.

Fontes e Vianna (2009) realizaram pesquisa com 1.503 estudantes da Universidade Federal da Paraíba dos seguintes centros: Centro de Ciências Exatas e da Natureza, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Centro de Ciências da Saúde, Centro de Tecnologia e Centro de Educação. Observaram que a prevalência de baixo NAF foi de 31,2% dos avaliados. A situação foi pior entre os estudantes com maior tempo de ingresso na universidade, os que estudavam no período noturno e aqueles que passavam menos tempo no campus. Também observaram inter-relação de maior renda e classe social com a maior prevalência de baixa atividade física. Ressaltam, ainda, a importância da atividade física para a saúde, como medida preventiva para DNT e para a melhora da qualidade de vida na fase adulta e na velhice.

Gaparotto et al. (2013), em estudo realizado na Universidade Federal do Paraná, buscando fatores de risco cardiovascular em universitários, detectaram prevalência de excesso ponderal de 29,4% em formandos e 24,7% em calouros. Quanto à alimentação, o consumo de três ou mais porções de frutas teve prevalência de 8,7% e 7,6% em formandos e calouros respectivamente, o consumo de salgados em 35,1% e 34,5% para os mesmos grupos referidos e o consumo de doces em 65,9% e

69,9% destes grupos avaliados. Os autores verificaram também a prática de atividade física moderadamente vigorosa, que teve prevalência de 59,7% em veteranos e 52,1% em calouros.

A realidade detectada nos estudos citados confirma a demanda por iniciativas mais eficazes que podem e devem ser elaboradas dentro das instituições frequentadas, envolvendo orientação e promoção de atividade física regular e de outras condizentes com um estilo de vida saudável.

Vale lembrar que o período universitário abrange tensões quanto ao sucesso e objetivos acadêmicos, além de restrições financeiras. Estes estressores, combinados com experiências de “liberdade”, podem apoiar o desenvolvimento de estilos de vida de risco. Algumas dessas práticas são transitórias, outras podem perseverar na meia-idade e quando idosos causando riscos à saúde. Os riscos nutricionais para estudantes universitários são alarmantes, sendo que o comportamento alimentar pouco saudável é um dos seis principais comportamentos de risco a saúde (ANSARI et al., 2011). Esses autores ressaltam que o aumento da atividade física é associado com diminuição do risco de doenças cardiovasculares, diabetes do tipo 2, depressão e alguns tipos de câncer. Nos EUA, entretanto, apenas 44% dos alunos relataram atender as diretrizes de atividade física internacionais com prática de exercício moderado por 30 minutos ou vigorosamente por 20 minutos em três dos sete dias.

Assim, este estudo objetivou analisar se há relação entre o NAF e o estado nutricional entre estudantes dos cursos da área de saúde da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

## **METODOLOGIA**

Este é um estudo analítico, de natureza descritiva e quantitativa. A coleta de dados realizou-se no ano de 2012

como parte do projeto de pesquisa “Imagem corporal: Potencial influência sobre risco de transtorno alimentar e sobre a qualidade do futuro exercício profissional entre estudantes da Saúde”.

Para integrar a amostra, foram atendidos os seguintes critérios de inclusão: ser estudante de cursos da saúde e ser adulto jovem (idade de 18-30 anos). Além disso, concordar em participar do estudo mediante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. O não preenchimento de quaisquer destes critérios constituiu critério de exclusão, além da presença de Transtorno Alimentar (TA) já diagnosticado e da presença de gravidez. Foi ainda critério de exclusão estar cursando os dois últimos semestres, pois tais alunos estavam realizando estágio curricular, não permanecendo no *campus*, inviabilizando a obtenção dos dados.

Os estudantes foram abordados nas respectivas salas de aula. Explicou-se em que consistia a pesquisa e fez-se o convite para que participassem do estudo. Neste momento, era entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Além do nome e assinatura, o estudante informava o e-mail para o envio do questionário. Não houve limite quantitativo para adesão ao convite, sendo aceitos todos os que manifestassem interesse em participar.

A coleta de dados junto aos estudantes ocorreu via internet, utilizando um questionário formulado no Google Docs composto por dados de identificação, antropométricos e os questionamentos quanto à prática de atividade física e alimentação saudável.

Nos dados de identificação, foram incluídas as variáveis idade, ano de ingresso no curso e estado civil.



Os indicadores antropométricos incluíram indagação sobre peso atual e altura atual para análise de IMC para classificar excesso de peso. Esta metodologia de peso e altura autorreferidos é validada e aceita em pesquisas (PEIXOTO et al., 2006). O parâmetro adotado para classificação do estado nutricional foi o da Organização Mundial da Saúde (WHO, 1995).

Sobre a atividade física, foi perguntado se praticava atividade física, o tipo, a duração e a frequência e o porquê da sua prática ou não. Foi considerada prática regular de atividade física quando foi relatada frequência de cinco vezes por semana, 30 minutos de atividade física moderada de forma contínua ou acumulada, segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010).

A alimentação foi avaliada quanto à sua qualidade autorreferida. Em caso de resposta negativa ou positiva, foi indagado o porquê daquela avaliação.

A análise estatística dos dados foi realizada mediante a aplicação do Teste Exato de Fisher, considerando  $p < 0,05$ , para o confronto das seguintes variáveis: prática de atividade física e excesso ponderal, alimentação saudável e excesso ponderal, prática de atividade física e e alimentação saudável, para toda a amostra e segundo o sexo.

O estudo foi delineado de acordo com o que rege a Resolução 196/96 (BRASIL, 1996), que era a vigente na época de seu delineamento, e submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UECE.

## **RESULTADOS**

Foram analisadas respostas de 296 estudantes dos cursos de Ciências Biológicas, Educação física, Enfermagem, Medicina e Nutrição, sendo 47 (15,88%) do sexo masculino e 249

(84,12%) do sexo feminino. A média de idade dos estudantes avaliados foi de 21,41 anos (DP = 3,72). A maioria era de solteiros (94,6%).

A média de peso foi de 60,75 Kg (DP = 11,75) e a altura de 1,63 metro (DP = 0,07) com IMC médio de 22,67 Kg/m<sup>2</sup> (DP = 3,37). Dentre os analisados, 11 (3,71%) tinham baixo peso, 229 (77,36%) estavam eutróficos e 56 (18,92%) indicavam excesso de peso (sobrepeso e obesidade). Dentre os homens, 31 (65,95%) estavam eutróficos e 16 (34,04%) tinham excesso de peso. No grupo das mulheres, 11 (4,42%) estavam com baixo peso, 198 (79,52%) eram eutróficas e 40 (16,06%) estavam com excesso ponderal.

Quanto à prática de atividade física, apenas 133 (44,93%) estudantes tinham este hábito, contrapondo-se a 163 (55,07%) que não praticavam. Já considerando tal prática segundo o sexo, 63,82% dos homens eram praticantes regulares, contra apenas 41,37% das mulheres. Analisando a prática de atividade física, segundo presença ou não de excesso ponderal, não houve diferença estatística nem considerando o grupo todo ( $p = 0,098$ ), nem considerando o sexo masculino ( $p = 0,569$ ) ou feminino ( $p = 0,150$ ).

As justificativas para a ausência de prática foram: falta de tempo, a mais citada, 135 (45,6%); indisposição ou falta de motivação - 26 (8,78%); falta de hábito - 15 (5,07%), entre outros motivos - 12 (4,05%). A justificativa principal para adotar a prática foi por estética e/ou para melhorar o corpo - 65 (21,96%); saúde foi o segundo motivo mais citado - 57 (19,26%); depois foi referido lazer ou prazer por 54 (18,24%) pessoas; e quatro (1,35) citaram que praticam como profissão.

Com relação a uma alimentação saudável, 177 (59,8%) estudantes referiram não ter uma boa alimentação, o restante - 119 (40,2%) relatou que sua alimentação era saudável. Não houve associação do excesso ponderal com a alimentação saudável, nem considerando o grupo todo ( $p = 0,181$ ), nem levando em conta o sexo masculino ( $p = 0,580$ ) ou feminino ( $p = 0,089$ ).

As justificativas para considerar a própria alimentação como saudável foram: manter horários e porções equilibrados - 49 (16,55%); evitar alimentos “ruins” - 37 (12,5%); incluir alimentos saudáveis na dieta - 26 (8,78%); e outros variados, com pouca citação cada um - 22 (7,43%).

Os estudantes que auto avaliaram a alimentação como não saudável se distribuíram nas seguintes justificativas: presença de alimentos “ruins” na dieta habitual (como gorduras, doces, guloseimas e frituras) - 67 (22,64%); ausência de alimentos saudáveis (como frutas, verduras e água) - 63 (21,28%); falta de tempo (considerando rotina de vida, passar o dia fora de casa) - 42 (14,19%); e outros motivos citados por 21 (7,09%) estudantes.

A análise da relação entre atividade física e alimentação saudável não apontou associação na amostra global ( $p = 0,75$ ), assim como não houve analisando-se o sexo masculino ( $p = 0,544$ ) ou feminino ( $p = 0,084$ ).

## DISCUSSÃO

Estudo de Tol *et al.* (2013) foi realizado com estudantes cujas idades eram semelhantes às dos participantes deste experimento. Nele, o aspecto atividade física foi o hábito de Promoção da Saúde menos frequente entre os estudantes nesta faixa etária.

Com relação ao excesso ponderal, a proporção neste estudo foi de 18,92%. No estudo de Gasparotto *et al.* (2013), realizado na Universidade Federal do Paraná, tal excesso esteve presente em 29,4% dos estudantes formandos e 24,7% dos calouros. Já no estudo de Silva *et al.* (2011), realizado com calouros em Santa Catarina, a prevalência de sobrepeso foi de 16%. A média de IMC em Santa Catarina foi de 22,12 Kg/m<sup>2</sup>, bem similar à deste estudo (22,67 Kg/m<sup>2</sup>).

Em pesquisa de Moreno-Gómez *et al.* (2012), realizada com estudantes universitários espanhóis, os determinantes da qualidade da dieta, nas análises uni e multivariada, foram prática de atividade física, sexo, idade e número de refeições consumidas diariamente. Cerca de 54% dos alunos (43% das mulheres e 67% dos homens) relataram a prática de atividade física, números bem semelhantes ao deste estudo, que revelou a prática de atividade em 41,37% das mulheres e 63,82% dos homens. Estudo de Ansari *et al.* (2011) coincide com estes dados, com prática de atividade vigorosa e moderada mais frequente entre os homens.

Na investigação realizada por Bauman *et al.* (2009), os homens relataram alto nível de atividade física muito mais do que as mulheres. Este resultado foi comum em 17 de 20 países pesquisados. O resultado para baixo nível de atividade física foi muito mais frequente em mulheres do que em homens. Estes resultados corroboram a maior incidência de prática de atividade física entre os homens pesquisados nessa pesquisa.

No relatório de Hallal *et al.* (2012), publicado na revista *Lancet* em um número especial sobre atividade física, os autores enfocam os níveis de atividade física em 122 países e apontam que 31,1% dos adultos são inativos; a proporção para as Américas é de cerca de 43%. Esses autores detectaram que

a inatividade aumenta com a idade e que é maior entre as mulheres. Nesse relatório, é ressaltada a importância de estudos que monitorem a prática de atividade física, a fim de que seja facilitado o desenvolvimento de políticas e programas para aumentar os níveis de atividade física e reduzir o crescimento das DNT.

No presente estudo, a maioria (45,6% do total de estudantes e 82,82% dos não praticantes) dos estudantes relatou não fazer atividade física por falta de tempo. Gasparotto *et al.* (2013) comentam que em alguns países é possível verificar o empenho das instituições universitárias para desenvolver projetos que facilitem o engajamento dos estudantes em programas de atividade física. Esses autores remetem à situação do Brasil, em que a prática de exercícios físicos não é uma disciplina obrigatória no currículo universitário, exceto, logicamente, nos cursos de Educação Física. A UECE possui amplo espaço para a prática de caminhadas, corridas e ciclismo, mas não são desenvolvidas ações para incentivo destes exercícios.

Quanto à alimentação, as justificativas para ter ou não uma alimentação saudável denotam um conhecimento parcialmente adequado, em linhas gerais, pois foram citadas, tanto para justificar ter como não ter uma dieta adequada, a regularidade, tamanho de porção, alimentos mais prejudiciais e alimentos mais saudáveis. Resta investigar se não está havendo exagero na consideração de alimentos ruins ou no tamanho idealizado de porção equilibrada, principalmente considerando as pressões às quais este grupo etário é submetido quanto à cobrança de uma forma física dentro dos padrões da moda. Há autores que citam um padrão alimentar anormal atuando como uma motivação preexistente para a procura desses cursos, enquanto outros relatam que acadêmicos do primei-

ro ano geralmente se submetem a maior risco de desenvolver um TA (LAUS, *et al.*, 2009). Ao mesmo tempo, é importante elucidar por que eles percebem as inadequações, mas não as corrigem, além da mera justificativa associada a tempo ou ficar fora de casa. Pelo menos para o horário do almoço, na UECE, os alunos têm duas horas disponíveis para esta refeição e um restaurante a custos subsidiados, com cardápios planejados em quantidade e qualidade adequada. Eles também possuem a opção de jantar na Instituição.

## CONCLUSÃO

Embora os resultados não mostrem correlação, o nível de atividade física detectado pode ser considerado baixo, por se tratar de um grupo que recebe informação sobre a importância desta prática, bem como a respeito do sedentarismo como fator de risco para muitas doenças. Os achados sobre a alimentação também são preocupantes, pois há conhecimento sobre dieta saudável, mas estes não são traduzidos em práticas de consumo.

É possível que não tenham sido detectadas inter-relações do excesso ponderal, com atividade física e alimentação, porque se trata de um grupo etário jovem, habitualmente com demanda energética mais alta e menos sedentarismo em atividades de vida diária, como deslocamentos, rotina com muitas aulas, distância entre as salas e laboratórios no *campus*, aulas de idiomas no terceiro turno etc.

A reflexão final é que, caso não haja uma mudança de hábitos, o grupo avaliado é candidato a problemas de saúde relacionados a dieta e atividade física inadequadas no futuro.

Sugere-se o empenho e/ou estímulo da prática de atividade física entre esses estudantes universitários, podendo ha-

ver um engajamento dos distintos setores da Instituição, adotando-se estratégias educativas proativas, como elaboração de cartazes para distribuição nos setores vizinhos às salas de aula e restaurante universitário, desenvolvimento de campanhas, criação de disciplinas obrigatórias de atividade física, acompanhamento formal de alunos engajados em atividade física, entre outras.

## REFERÊNCIAS

ANSARI, W. E. *et al.* Health promoting behaviours and lifestyle characteristics of students at seven universities in the UK. **Cent. Eur. J. Public Health**, Prague, v. 19, n. 4, p. 197–204, Dez. 2011.

BAUMAN, A. *et al.* The IPS Group. The International Prevalence Study on Physical Activity: results from 20 countries. **Int J Behav Nutr Phys Act**, England, v. 6, n. 21, Mar. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável**, Brasília, 2006.

COLARES, V.; FRANCA, C.; GONZALEZ, E. Conduta de saúde entre universitários: diferença entre gêneros. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 521-528, Mar. 2009.

FONTES, A. C. D.; VIANNA, R. P. T. Prevalência e fatores associados ao baixo nível de atividade física entre estudantes universitários de uma universidade pública da região Nordeste – Brasil. **Rev Bras Epidemiol**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 20-29, 2009.

GASPAROTTO, G. S.; GASPAROTTO, L. P. R.; ROSSI, L. M.; MOREIRA, N. B.; BONTORIN, M. S.; CAMPOS, W. Associação entre o período de graduação e fatores de risco cardiovascular em universitários. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, n. 3, Mai-Jun, 2013.

HALLAL, P. C. *et al.* Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. **Lancet**, London, v. 380, n. 9838, p. 247-

257, Jul. 2012.

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.

MADUREIRA, A. S.; CORSEUIL, H. X.; PELEGRINI, A.; PETROSKI, E. L. Associação entre estágios de mudança de comportamento relacionados à atividade física e estado nutricional em universitários. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 2139-2146, Out. 2009.

MARCONDELLI, P.; COSTA, T. H. M.; SCHMITZ, B. A. S.. Nível de atividade física e hábitos alimentares de universitários do 3º ao 5º semestres da área da saúde. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 21, n. 1, p. 39-47, Jan./Fev. 2008.

MORENO-GÓMEZ, C. *et al.* Clustering of lifestyle factors in Spanish university students: the relationship between smoking, alcohol consumption, physical activity and diet quality. **Public Health Nutr**, Oxford, v. 15, n. 11, p. 2131-2139, Feb. 2012.

PEIXOTO, M. R. G.; BENÍCIO, M. H. D.; JARDIM, P. C. B. V. Validade do peso e da altura auto-referidos: o estudo de Goiânia. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 6, p. 1065-72, 2006.

SILVA, D. A. S.; QUADROS, T. M. B.; GORDIA, A. P.; PETROSKI, E. L. Associação do sobrepeso com variáveis sócio-demográficas e estilo de vida em universitários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4473-79, 2011.

SILVA, R. S. *et al.* Atividade física e qualidade de vida. **Cien Saude Colet**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 115-120, 2010.

Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**, p. 1-51, 2010.

TOL, A. *et al.* Health-promoting lifestyle and quality of life among undergraduate students at school of health, Isfahan university of me-



dical sciences. **J Educ Health Promot**, Mumbai, v. 2, n. 11, Fev. 2013.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Physical Status: the use and interpretation of anthropometry. **Technical Report Series**, Geneva, n. 854, p. 434, 1995.

# CAPÍTULO 16

## INTER-RELAÇÕES ENTRE OBESIDADE, LEPTINA E ADIPONECTINA EM ADOLESCENTES

*Isabella Barbosa Pereira Carneiro*  
*Helena Alves de Carvalho Sampaio*  
*Nara de Andrade Parente*  
*Antônio Augusto Ferreira Carioca*  
*Nágila Raquel Teixeira Damasceno*

### INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, a obesidade aufere cada vez mais destaque no contexto nacional e mundial como problema de saúde pública, visto que sua prevalência, inclusive na infância e na adolescência, cresce drasticamente não apenas nos países desenvolvidos, mas também nos demais (LAVRADOR *et al.*, 2011).

Nos países em desenvolvimento e sendo o Brasil um deles observa-se a chamada transição nutricional; pois anteriormente predominavam os problemas relacionados à desnutrição, e agora tem predomínio aqueles relativos à obesidade (BATISTA FILHO; BATISTA, 2010).

No Brasil, nas últimas três décadas, a prevalência de obesidade em crianças e adolescentes passou de 3,7% (1974-75) nos meninos e rapazes de dez a 19 anos de idade para 21,7% (2008-09) e entre as meninas e moças da mesma faixa etária os valores saltaram de 7,6% para 19,4% (IBGE, 2011).

Existem vários fatores etiológicos relacionados à obesidade, dentre os quais a genética, o sedentarismo, o consumo calórico excessivo, fatores psicológicos e alguns medicamentos, como os esteroides e drogas antipsicóticas. Tais fatores se combinam levando a um desequilíbrio entre o consumo e o gasto energéticos, gerando ganho de peso excessivo (MCKENNEY; SHORT, 2011).

Vários mecanismos endócrinos e metabólicos estão desregulados na obesidade, tendo como consequência a intolerância à glicose, resistência à insulina (RI), inflamação crônica e distúrbios nos hormônios derivados dos adipócitos, as adipocitocinas (HORWICH; FONAROW, 2010; SUN; KAREN, 2011). Sendo assim, objetivou-se avaliar a relação entre excesso ponderal e a concentração de duas adipocitocinas, leptina e adiponectina, em um grupo de adolescentes brasileiros. A seguir, são revisados aspectos relevantes para melhor compreensão da temática.

### **Marcadores metabólicos na obesidade – as adipocitocinas em questão**

A obesidade é considerada, atualmente, um processo patológico crônico e inflamatório de causas multifatoriais que favorecem o maior risco cardiometabólico e a disfunção endotelial. Dentre as alterações metabólicas decorrentes dessa afecção destacam-se as dislipidemias, hipertensão arterial, estado pró-inflamatório, estresse oxidativo e resistência à insulina (LEE *et al.*, 2008; OLEFSKY, 2009; ZEYDA; STULNIG, 2009; HALL *et al.*, 2010; FRANSSEN *et al.*, 2011).

Outra consequência da obesidade é a alteração da secreção de adipocitocinas, proteínas metabolicamente ativas sintetizadas e secretadas pelo tecido adiposo, decorrente da

hipertrofia e/ou hiperplasia dos adipócitos (GNACIŃSKA *et al.*, 2009).

Acreditou-se, durante muitos anos, que o tecido adiposo fosse um órgão com função meramente de armazenamento de energia na forma de gordura. Com a descoberta da leptina, no entanto, um hormônio produzido no tecido adiposo, o qual se acredita desempenhar papel importante na manutenção do peso corporal, passou a ser considerada também sua função endócrina (ZHANG *et al.*, 1994; ZHANG *et al.*, 2011).

As adipocitocinas atuam de modo isolado ou em conjunto, promovendo processos fisiológicos, como homeostase energética, apetite, resistência à insulina, regulação da pressão arterial, angiogênese e integridade vascular. Dentre elas se destacam a leptina e a adiponectina como elementos essenciais no controle do metabolismo energético, sendo seu desequilíbrio intensamente relacionado a um estado pró-inflamatório (SAMPAIO, 2011).

A leptina é um hormônio peptídico produto do gene da obesidade (gene *ob*), expresso nos adipócitos (GNACIŃSKA *et al.*, 2009). Foi descoberta em 1994 por Zhang e seus colaboradores, extinguindo a crença de que o tecido adiposo fosse um órgão meramente armazenador de energia (ZHANG *et al.*, 1994).

Essa proteína está relacionada ao controle do apetite, controle de massa corporal, reprodução, angiogênese, imunidade e cicatrização (SAMPAIO, 2011). Apesar do seu envolvimento no controle da ingestão alimentar e massa corporal, no entanto, não é possível apontar a deficiência desse hormônio como causa isolada de obesidade. O fato é que, em pessoas obesas, apesar de haver maior concentração dessa proteína,

sua função anorexígena não é desempenhada, provavelmente em decorrência de uma resistência à leptina (GNACIŃSKA *et al.*, 2009).

Especula-se que essa resistência esteja relacionada à presença de anticorpos antileptina ou antagonistas da leptina ou ainda a desordens no transporte para o hipotálamo. Esse mecanismo, no entanto, ainda não foi completamente elucidado (GNACIŃSKA *et al.*, 2009).

Portanto, parece ser negativa tanto a presença de excesso desse hormônio (potencialmente pelo mecanismo supracitado), como a sua deficiência, sendo importante a identificação de fatores que promovam alterações na homeostase fisiológica da leptina.

Quanto aos níveis circulantes desse hormônio, a literatura aponta o volume de tecido adiposo como o principal fator regulador da sua produção, ou seja, quanto maior a quantidade desse tecido, maior a produção de leptina (KABIR *et al.*, 2000).

Outros fatores metabólicos e endócrinos estão envolvidos na regulação da sua transcrição: a insulina, glicocorticoides, estrógenos, citocinas inflamatórias e quadros de infecção aguda expressam relação diretamente proporcional com os níveis de leptina. Por outro lado, baixas temperaturas, estimulação adrenérgica, hormônio de crescimento (GH), hormônios tireoidianos, andrógenos, melatonina e fumo parecem diminuir seus níveis. Além disso, há um aumento das concentrações desse hormônio no período da noite, revelando um padrão de oscilação circadiano (FONSECA-ALANIZ *et al.*, 2007).

Aspectos nutricionais como o jejum e superalimentação, bem como o teor de lipídios e carboidratos da dieta, tam-

bém parecem influenciar os níveis plasmáticos desse hormônio. Tanto dietas ricas em lipídios como em carboidratos produzem diminuição dos níveis circulantes (KLOK *et al.*, 2007; KONG *et al.*, 2009).

Pouco tempo depois da descoberta da leptina, em 1995, foi descoberto quase que simultaneamente por quatro grupos de pesquisadores o gene de outra adipocitocina, a adiponectina, relatada como a mais abundante no organismo (SCHERER *et al.*, 1995; HU *et al.*, 1996; MAEDA *et al.*, 1996; NAKANO *et al.*, 1996; ARITA *et al.*, 1999).

Essa adipocitocina, por sua vez, está relacionada a maior sensibilidade à insulina e inibição do fator de necrose tumoral - alfa (TNF- $\alpha$ ), sendo seus níveis inversamente relacionados ao risco de obesidade, resistência à insulina e doenças cardiovasculares. Seus níveis também estariam inversamente relacionados a todos os componentes da síndrome metabólica (FONSECA-ALANIZ *et al.*, 2007; BADEN *et al.*, 2011).

Pode-se dizer que a adiponectina funciona como um biomarcador para essa síndrome, mesmo que em estados subclínicos, refletindo o acúmulo de gordura visceral, visto que, apesar de seus níveis não passarem por grandes alterações a curto prazo, alterações metabólicas a longo prazo, tais como redução de peso corporal, aumentariam suas concentrações. Dessa forma, os níveis dessa adiponectina e o grau de obesidade estariam inversamente relacionados (PARK *et al.*, 2004; FONSECA-ALANIZ *et al.*, 2007; BADEN *et al.*, 2011).

Apesar de seus muitos mecanismos de ação, aquele de maior destaque está relacionado à melhora da sensibilidade à insulina. Acredita-se que o mecanismo esteja relacionado à obesidade central, que é maior quando os níveis de adiponectina são baixos e está diretamente relacionada à resistência à insulina.

Em resumo, quanto maiores os níveis dessa proteína, maior a sensibilidade à Insulina (JÜRIMÄE et al., 2009; RASMUSSEN-TORVIK et al., 2012).

## **METODOLOGIA**

O ensaio ora relatado configura-se como do tipo transversal, com abordagem descritiva e analítica (LOPES, 2013).

A pesquisa foi realizada junto a estudantes de escolas públicas localizadas na zona oeste da cidade de São Paulo – SP, no período de 2007 a 2009. As escolas e os adolescentes foram tomados aleatoriamente.

Foram incluídos adolescentes, aqueles com idade de 10 a 19 anos (WHO, 2005), de ambos os sexos, matriculados nas escolas públicas localizadas na zona oeste da cidade de São Paulo – SP e clinicamente saudáveis. Como critérios de exclusão foram adotados gravidez ou lactação; consumo de álcool [(com quantidade estabelecida de 30 ml ou mais de etanol por dia para os homens e 15 ml ou mais de etanol por dia para mulheres, de acordo com SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO (2006)]; estar desnutrido; participar de outros protocolos de pesquisa; vivenciar situações agudas como gripe, febre e alergias no período de coleta; ser portador de doenças crônicas, como neuropatias, endocrinopatias, nefropatias, doenças pulmonares, cardiopatias, doenças reumatológicas, imunodeficiência, síndrome de Cushing e hipotireoidismo. A amostra final foi constituída por 151 pessoas que completaram todos os estágios de coleta.

As variáveis utilizadas para este experimento foram as demográficas (sexo e idade), bioquímicas [concentração de adipocitocinas (leptina e adiponectina) e cálculo da razão adiponectina/leptina, dividindo-se os valores dessas adipocitoci-

nas] e antropométricas (altura, peso, índice de massa corporal – IMC, circunferência da cintura – CC). As variáveis antropométricas foram consideradas como variáveis preditoras, enquanto as bioquímicas foram as variáveis de desfecho no estudo. As demográficas foram usadas para controle, funcionando como preditoras.

O peso corporal foi aferido com os adolescentes vestindo o mínimo de roupas e descalços. Para isso, empregou-se a balança digital Control II®(Plenna), com limite de capacidade de 150,0 kg e precisão de 100,0 g. A altura foi medida com o auxílio do estadiômetro portátil Alturaexata® (TBW) com o limite de 2,1 m e precisão de 1,0 mm. Para a medição da altura, os participantes estavam descalços, em posição ereta, com os pés paralelos, calcanhares, panturrilha, glúteos, ombros e cabeça encostados ao estadiômetro, com a cabeça sob o plano horizontal de Frankfurt, segundo Lohma *et al.* (1998). Esses dados foram empregados no cálculo do Índice de Massa Corporal, dividindo-se o peso (kg) pela estatura ( $m^2$ ). O valor do IMC ( $kg/m^2$ ) foi classificado segundo os parâmetros de Cole *et al.* (2000), considerando-se sexo e idade, para avaliação do estado nutricional.

A medida da circunferência da cintura foi aferida utilizando-se uma fita inelástica com precisão de 1,0 mm (TBW), adotando-se como referencial anatômico o ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca. Orientou-se no sentido de que a pessoa permanecesse com o abdômen relaxado, ficasse de pé, mantendo os braços paralelos ao corpo e pés unidos. Os valores de circunferência da cintura foram classificados segundo Taylor *et al.* (2000).

O sangue foi coletado para análise das adipocitocinas, realizada com os kits *LINCOPlex™*, desenvolvidos com tecno-



logia de microesferas e fundamentados no imunoensaio. Essa etapa foi terceirizada junto à Gênese Produtos e Diagnósticos\*.

A análise descritiva envolveu as frequências absolutas e relativas e, em seguida, foi realizado o cálculo paramétrico, constituído por média (para as variáveis homogêneas) e mediana (para as variáveis heterogêneas), seguidas do desvio-padrão.

Na análise inferencial, foram utilizados os critérios de normalidade por meio do Teste Estatístico de Kolmogorov-Smirnov. Na comparação de médias de grupos, utilizou-se o Teste *t* de Student, ao nível de significância de 5%. Para medir a correlação entre o desfecho e as variáveis preditoras, utilizou-se a Correlação de Pearson. Para as demais variáveis que não indicaram distribuição normal, foram usados testes não paramétricos como Wilcoxon e correlação de Spearman.

O projeto foi submetido, analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública (COEP/FSP) e sua coleta de dados só se deu após aprovação pela citada comissão.

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, elaborado de acordo com a Resolução nº196/1996 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), vigente à época da submissão.

## **RESULTADOS**

A distribuição dos 151 participantes avaliados segundo sexo foi bastante semelhante, com 51,0% ( $n = 77$ ) deles pertencentes ao sexo feminino e 49,0% ( $n = 74$ ) ao sexo masculino. Quanto à faixa etária, observou-se que a média de idade dos avaliados foi de  $14,1 \pm 2,2$  anos, sendo  $14,0 \pm 2,2$  anos a das meninas e  $14,3 \pm 2,2$  anos a dos meninos. Já com relação à

avaliação antropométrica, uma descrição mais detalhada pode ser observada na **Tabela 1**.

**Tabela 1.** Caracterização dos adolescentes avaliados (n = 151), segundo dados antropométricos. Fortaleza, 2014.

Variáveis	Sexo Masculino	Sexo Feminino	Total
Peso (kg)	75,8 ± 22,8	68,6 ± 23,0	72,1 ± 23,1
Estatura (cm)	168,4 ± 10,9	159,3 ± 7,2	163,8 ± 10,0
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	26,4 ± 6,3	26,8 ± 8,0	26,6 ± 7,2
CC (cm)	86,1 ± 16,0	83,1 ± 20,5	84,6 ± 18,4

Quanto ao estado nutricional, identificou-se o fato de que mais da metade das pessoas avaliadas (69,6%) registrava excesso ponderal. Tal percentual foi maior entre os meninos (73,0%), do que entre as meninas (66,2%), mas sem diferença estatística ( $p = 0,368$ ). Na **Tabela 2**, observa-se a distribuição dos adolescentes segundo o estado nutricional.

**Tabela 2.** Distribuição dos adolescentes avaliados, segundo estado nutricional. Fortaleza, 2014.

Estado Nutricional <sup>1</sup>	Sexo Masculino		Sexo Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Magreza	1	1,3	0	0,0	1	0,7
Eutrofia	19	25,7	26	33,7	45	29,8
Sobrepeso	18	24,3	16	20,8	34	22,5
Obesidade	36	48,7	35	45,5	71	47,0
TOTAL	74	100,0	77	100,0	151	100,0

<sup>1</sup>Classificação do estado nutricional com base no índice de massa corporal (IMC), segundo Cole et al. (2000).

O percentual global de obesos foi de 47,0%, mais uma vez, estando os meninos com o pior quadro: 48,7% deles estavam obesos, contra 45,5% das meninas, no entanto, também, sem diferença estatística ( $p = 0,694$ ). Destaca-se a presença de obesidade mórbida em 16,6% do grupo (11- 14,9% dos meninos e 14 – 18,2% das meninas).

Quanto ao outro marcador de estado nutricional utilizado, a avaliação da presença de adiposidade central segundo a circunferência da cintura (TAYLOR et al., 2000), constatou-se alta prevalência de adiposidade (63,6%) para ambos os sexos (67,6% para os homens e 57,1% para as mulheres), não havendo diferença significativa entre eles ( $p = 0,186$ ).

Quanto à concentração das adipocitocinas, nas **Tabelas 3 e 4**, é possível observar, respectivamente, os resultados da concentração destas segundo os grupos sem e com excesso ponderal e sem e com adiposidade central.

**Tabela 3.** Valores médios de adipocitocinas dos adolescentes avaliados, segundo sexo e ausência ou presença de excesso ponderal 1. Fortaleza, 2014.

Adipocitocinas	Sexo Masculino 2			Sexo Feminino 3			Total		
	Sem excesso ponderal	Com excesso ponderal	p valor <sup>4</sup>	Sem excesso ponderal	Com excesso ponderal	p valor <sup>4</sup>	Sem excesso ponderal	Com excesso ponderal	p valor <sup>4</sup>
Leptina (ng/ml)	4,7 ± 7,6	22,4 ± 19,9	< 0,001	14,8 ± 10,6	39,6 ± 18,3	< 0,001	10,4 ± 10,6	30,8 ± 20,9	< 0,001
Adiponectina (µg/ml)	18,0 ± 12,5	14,8 ± 9,7	0,309	18,0 ± 8,1	14,9 ± 8,9	0,134	18,0 ± 10,2	14,8 ± 9,3	0,076
Adiponectina/Leptina	19,1 ± 22,6	4,8 ± 10,8	< 0,001	2,5 ± 2,8	0,5 ± 0,6	0,002	9,7 ± 17,0	2,7 ± 8,0	0,001

<sup>1</sup>Excesso ponderal definido com base no índice de massa corporal, segundo Cole *et al.* (2010).

<sup>2</sup>74 adolescentes: 20 sem excesso ponderal e 54 com excesso ponderal;

<sup>3</sup>77 adolescentes: 26 sem excesso ponderal e 51 com excesso ponderal.

<sup>4</sup>A análise da diferença entre os grupos foi realizada pelo Teste *t* de Student, adotando-se  $p < 0,05$  como nível de significância.

**Tabela 4.** Valores médios de adipocitocinas dos adolescentes avaliados segundo sexo e ausência ou presença de adiposidade central<sup>1</sup>. Fortaleza, 2014.

Adipocitocinas	Sexo Masculino 2			Sexo Feminino 3			Total		
	Adiposidade Central		p valor 4	Adiposidade central		p valor 4	Adiposidade Central		p valor 4
	Não	Sim		Não	Sim		Não	Sim	
Leptina (ng/ml)	2,2 ± 3,6	25,0 ± 19,1	< 0,001	15,0 ± 9,4	42,2 ± 17,5	< 0,001	9,4 ± 9,8	33,3 ± 20,2	< 0,001
Adiponectina (µg/ml)	18,1 ± 12,5	14,5 ± 9,4	0,209	18,1 ± 8,0	14,5 ± 9,0	0,068	18,1 ± 10,1	14,5 ± 9,1	0,025
Adiponectina/Leptina	24,1 ± 21,1	1,3 ± 2,3	< 0,001	12,3 ± 2,7	70,4 ± 0,4	< 0,001	11,8 ± 17,7	0,9 ± 1,7	< 0,001

<sup>1</sup>Adiposidade central definida segundo Taylor *et al.* (2010).

<sup>2</sup>74 adolescentes: 24 sem adiposidade central e 50 com adiposidade central; <sup>3</sup>77 adolescentes: 31 sem adiposidade central e 46 com adiposidade central

<sup>4</sup>A análise da diferença entre os grupos foi realizada pelo Teste *t* de Student, adotando-se  $p < 0,05$  como nível de significância.

Observa-se, de modo geral, que os valores de leptina são mais elevados e os de adiponectina mais baixos nos portadores de excesso ponderal e de adiposidade central, embora nem sempre as diferenças tenham sido significantes. No caso

da adiponectina, as diferenças se tornam mais aparentes ao se analisar a razão adiponectina/leptina, sempre mais elevada nos não portadores de excesso ponderal ou adiposidade central.

Ao avaliar as possíveis correlações entre os parâmetros antropométricos e as adipocitocinas, observou-se que todas as correlações foram significativas. Destaca-se, no entanto, a razão adiponectina/leptina (negativa), seguida da leptina (positiva) como as que apresentaram correlação mais forte tanto com IMC, quanto com CC, em ambos os sexos. A **Tabela 5** mostra os valores das correlações dessas e das demais adipocitocinas com os parâmetros antropométricos avaliados.

**Tabela 5.** Correlações entre adipocitocinas e indicadores antropométricos dos adolescentes avaliados segundo sexo. Fortaleza, 2014.

Adipocitocinas	Sexo Masculino		Sexo Feminino		TOTAL	
	IMC1	CC2	IMC	CC	IMC	CC
Leptina (ng/ml)	0,692 (p < 0,001)	0,750 (p < 0,001)	0,792 (p < 0,001)	0,780 (p < 0,001)	0,669 (p < 0,001)	0,638 (p < 0,001)
Adiponectina (µg/ml)	-0,353 (p = 0,002)	-0,391 (p = 0,001)	-0,484 (p < 0,001)	-0,442 (p < 0,001)	-0,427 (p < 0,001)	-0,433 (p < 0,001)
Adiponectina/Leptina	-0,743 (p < 0,001)	-0,817 (p < 0,001)	-0,794 (p < 0,001)	-0,790 (p < 0,001)	-0,706 (p < 0,001)	-,0697 (p < 0,001)

<sup>1</sup>IMC = Índice de Massa Corporal.

<sup>2</sup>CC = Circunferência da Cintura.

A correlação entre as variáveis foi determinada pelo Teste de Correlação de Spearman, adotando-se  $p < 0,05$  como nível de significância.

## DISCUSSÃO

Como comentado na Introdução, cada vez mais a obesidade entre os adolescentes no Brasil é motivo de preocupação. Isso porque, dentro de um período de pouco mais de 30 anos, sua prevalência quase que triplicou entre as meninas, enquanto nos meninos esse aumento foi ainda mais alarmante, quase seis vezes (IBGE, 2011).

Os achados deste estudo não fogem a essa realidade, pois considerando-se apenas os obesos e os obesos graves, observa-se um quadro em que quase a metade das pessoas pode ser classificada em tal situação. Quando consideradas também aqueles que se achavam em sobrepeso, a situação é ainda mais preocupante, com quase 70% demonstrando excesso ponderal. Os resultados foram igualmente alarmantes ao considerar a CC como um marcador de adiposidade, pois, mais da metade das pessoas, em ambos os sexos, indicaram adiposidade central.

A alta prevalência de obesidade observada neste estudo demanda adoção de cuidados para sua reversão, visto que, conforme alertado por Cobayashi *et al.* (2010) e Lavrador *et al.* (2011), adolescentes com excesso ponderal tendem a apontar mais fatores de risco para doenças cardiovasculares.

Além disso, observou-se, atrelado a essa elevada prevalência de obesidade, um ponto por demais importante para o risco de doenças crônicas, que foi a alteração dos marcadores bioquímicos avaliados.

Os marcadores bioquímicos, representados aqui pelas adipocitocinas, exibiram-se piores naqueles com excesso ponderal e adiposidade central.

A leptina, segundo a literatura, tem níveis diretamente determinados pelo tamanho do tecido adiposo e, portanto, é de fato esperado ser maior nas pessoas com maior adiposidade (GALIC; OAKHILL; STEINBERG, 2010). Essa adipocitocina apresenta um papel pró-inflamatório e pró-aterogênico, estando associada com doenças coronarianas. Sendo assim, os níveis mais elevados de leptina dentre aqueles com excesso ponderal reforça a posição de risco destes para doenças crônicas, especialmente as cardiovasculares (WALLACE *et al.*, 2001; KATAGIRI; YAMADA; OKA, 2007; OUCHI *et al.*, 2011).

Os valores mais baixos observados para a razão adiponectina/leptina em pessoas com excesso ponderal também apontam para maior risco para a resistência à insulina nestes, visto que essa razão é negativamente correlacionada com índices comumente empregados na detecção de RI (FINUCANE *et al.*, 2009; BULLÓ *et al.*, 2011).

Como praticamente não houve associação estatística entre os marcadores antropométricos e a concentração de adiponectina, mas houve associação considerando a razão adiponectina/leptina, fica evidenciado que as alterações de leptina foram importantes ao ponto de influenciar a razão das duas adipocitocinas.

Níveis mais baixos de adiponectina também contribuem para a RI, pois esta proteína expressa efeitos anti-inflamatórios, além de estar relacionada com a melhora da sensibilidade à insulina, ao passo que níveis mais baixos desta estão relacionados ao maior risco de eventos cardiovasculares (OU-

CHI *et al.*, 2001; ZIEMKE; MANTZOROS, 2010; SHIBATA; MUROHARA; OUCHI, 2012). Como houve associação da adiponectina com a presença de adiposidade central no grupo avaliado sem distinção por sexo, pode ser que associações também com o peso corporal e/ou com sexo pudessem ser detectadas em maior amostra.

## CONCLUSÃO

O grupo avaliado exibe situação de risco à saúde no contexto das doenças crônicas, com alta proporção de excesso ponderal (69,6%) e de adiposidade central (63,6%), bem como alteração dos níveis sanguíneos de leptina. É premente a necessidade de ações de Promoção de Saúde nesse grupo etário, com vistas a normalizar estado nutricional e, principalmente, níveis de leptina.

## REFERÊNCIAS

- ANTUNA-PUENTE, B. *et al.* Adipokines: the missing link between insulin resistance and obesity. **Diabetes & metabolism**, v. 34, n. 1, p. 2-11, 2008.
- ARITA, Y. *et al.* Paradoxical decrease of an adipose-specific protein, adiponectin, in obesity. **Biochemical and biophysical research communications**, v. 257, n. 1, p. 79-83, 1999.
- BADEN, M. Y. *et al.* Serum adiponectin level is not only decreased in metabolic syndrome but also in borderline metabolic abnormalities. **Nutrition & diabetes**, v. 1, n. 10, p. e18, 2011.
- BATISTA FILHO, M.; BATISTA, L. V. Transição alimentar/nutricional ou mutação antropológica?. **Ciência e Cultura**, v. 62, n. 4, p. 26-30, 2010.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 196/96 – Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. **Diário Oficial da União**, p. 21082-5, 1996.



BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009**, Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

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.

BULLÓ, M. *et al.* Dietary glycemic index/load and peripheral adipokines and inflammatory markers in elderly subjects at high cardiovascular risk. **Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases**, 2011.

COBAYASHI, F. *et al.* Obesity and cardiovascular risk factors in adolescents attending public schools. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 95, n. 2, p. 200-206, 2010.

COELLO, S. D. *et al.* Inverse association between serum resistin and insulin resistance in humans. **Diabetes Research and Clinical Practice**, v. 82, n. 2, p. 256-261, 2008.

COLE, T. J. *et al.* Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. **British Medical Journal**, v. 320, n. 7244, p. 1240, 2000.

FINUCANE, F. M. *et al.* Correlation of the leptin: adiponectin ratio with measures of insulin resistance in non-diabetic individuals. **Diabetologia**, v. 52, n. 11, p. 2345-2349, 2009.

FONSECA-ALANIZ, M. H. *et al.* Adipose tissue as an endocrine organ: from theory to practice. **Jornal de Pediatria**, v. 83, n. 5, p. S192-S203, 2007.

FRANSSEN, R. *et al.* Obesity and Dyslipidemia. **Medical Clinics of North America**, v. 95, n. 5, p. 893-902, 2011.

GALIC, S.; OAKHILL, J. S.; STEINBERG, G. R. Adipose tissue as an endocrine organ. **Molecular and cellular endocrinology**, v. 316, n. 2, p. 129-139, 2010.

GNACIŃSKA, M. *et al.* Role of adipokines in complications related to obesity: A review. **Advances in medical sciences**, v. 54, n. 2, p. 150-157, 2009.

HALL, J. E. *et al.* Obesity-induced hypertension: role of sympathetic nervous system, leptin, and melanocortins. **Journal of Biological Chemistry**, v. 285, n. 23, p. 17271, 2010.

HORWICH, T. B.; FONAROW, G. C. Glucose, Obesity, Metabolic Syndrome, and Diabetes: Relevance to Incidence of Heart Failure. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 55, n. 4, p. 283-293, 2010.

HU, E.; LIANG, P.; SPIEGELMAN, B. M. AdipoQ is a novel adipose-specific gene dysregulated in obesity. **Journal of Biological Chemistry**, v. 271, n. 18, p. 10697-10703, 1996.

JACKSON, M. B.; OSEI, S. Y.; AHIMA, R. S. The endocrine role of adipose tissue: focus on adiponectin and resistin. *Current Opinion in Endocrinology*, **Diabetes and Obesity**, v. 12, n. 2, p. 163, 2005.

JÜRIMÄE, J. *et al.* Plasma adiponectin and insulin sensitivity in overweight and normal-weight middle-aged premenopausal women. **Metabolism**, v. 58, n. 5, p. 638-643, 2009.

KABIR, M. *et al.* Negative regulation of leptin by chronic high-glycemic index starch diet. **Metabolism**, v. 49, n. 6, p. 764-769, 2000.

KATAGIRI, H.; YAMADA, T.; OKA, Y. Adiposity and cardiovascular disorders disturbance of the regulatory system consisting of humoral and neuronal signals. **Circulation Research**, v. 101, n. 1, p. 27-39, 2007.

KLOK, M.; JAKOBSDOTTIR, S.; DRENT, M. The role of leptin and ghrelin in the regulation of food intake and body weight in humans: a review. **Obesity reviews**, v. 8, n. 1, p. 21-34, 2007.

KONG, A. *et al.* Higher habitual intake of dietary fat and carbohydrates are associated with lower leptin and higher ghrelin concentrations in overweight and obese postmenopausal women with elevated insulin levels. **Nutrition Research**, v. 29, n. 11, p. 768-776, 2009.

LAVRADOR, M. S. F. *et al.* Riscos cardiovasculares em adolescentes com diferentes graus de obesidade. **Arq Bras Cardiol**, v. 96, n. 3, p. 205-11, 2011.

LEE, Y. S. *et al.* Dysregulation of adipose glutathione peroxidase 3 in obesity contributes to local and systemic oxidative stress. **Molecular Endocrinology**, v. 22, n. 9, p. 2176-2189, 2008.

OHMAN, T. G.; ROCHE, A. F.; MARTORELL, R. **Anthropometric Standardization Reference Manual**. Champaign: Human Kinetics Books, 1998.

LOPES, M. V. O. Desenhos de Pesquisa em Epidemiologia. In: ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: MedBook, 2013. p. 121-132.

MAEDA, K. *et al.* cDNA Cloning and Expression of a Novel Adipose Specific Collagen-like Factor, apM1 (Adipose Most Abundant Gene Transcript 1). **Biochemical and Biophysical Research Communications**, v. 221, n. 2, p. 286-289, 1996.

MCKENNEY, R. L.; SHORT, D. K. Tipping the balance: the pathophysiology of obesity and type 2 diabetes mellitus. **The Surgical clinics of North America**, v. 91, n. 6, p. 1139, 2011.

MCTERNAN, C. L. *et al.* Resistin, central obesity, and type 2 diabetes. **The Lancet**, v. 359, n. 9300, p. 46-47, 1/5/ 2002.

MUSE, E. D. *et al.* Hypothalamic resistin induces hepatic insulin resistance. **Journal of Clinical Investigation**, v. 117, n. 6, p. 1670, 2007.

NAKANO, Y. *et al.* Isolation and characterization of GBP28, a novel gelatin-binding protein purified from human plasma. **Journal of biochemistry**, v. 120, n. 4, p. 803-812, 1996.

OLEFSKY, J. M. IKK; A Bridge between Obesity and Inflammation. **Cell**, v. 138, n. 5, p. 834-836, 2009.

OUCHI, N. *et al.* Adipokines in inflammation and metabolic disease. **Nature Reviews Immunology**, v. 11, n. 2, p. 85-97, 2011.

PARK, S.-K. *et al.* CCAAT/enhancer binding protein and nuclear factor- $\kappa$ B regulate adiponectin gene expression in adipose tissue. **Diabe-**

tes, v. 53, n. 11, p. 2757-2766, 2004.

RASMUSSEN-TORVIK, L. *et al.* Development of associations among central adiposity, adiponectin and insulin sensitivity from adolescence to young adulthood. **Diabetic Medicine**, v. 29, n. 9, p. 1153-1158, 2012.

SAMPAIO, T. M. **Influência da obesidade sobre a concentração das adipocitocinas ea LDL (-) em adolescentes**; Influence of obesity on the concentration of adipocytokines and electronegative LDL in adolescents. 2011. Dissertação (Mestrado em Nutrição em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

SCHERER, P. E. *et al.* A novel serum protein similar to C1q, produced exclusively in adipocytes. **Journal of Biological Chemistry**, v. 270, n. 45, p. 26746, 1995.

SHIBATA, R.; MUROHARA, T.; OUCHI, N. Protective role of adiponectin in cardiovascular disease. **Current medicinal chemistry**, v. 19, n. 32, p. 5459-5466, 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA *et al.* V Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. **Rev. bras. hipertens**, v. 13, n. 4, p. 260-312, 2006.

STEPPAN, C. M.; BAILEY, S. T.; BHAT, S.; BROWN, E. J.; BANERJEE, R. P.; WRIGHT, C. M.; PATEL, H. R.; AHIMA, R. S.; LAZAR, M. A. The hormone resistin links obesity to diabetes. **Nature**, v. 409, n. 6818, p. 307-312, 2001.

SUN, B.; KARIN, M. Obesity, Inflammation and Liver Cancer. **Journal of Hepatology**, v. 56, p. 704-713, 2011.

SZALOWSKA, E. *et al.* Resistin is more abundant in liver than adipose tissue and is not up-regulated by lipopolysaccharide. **Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism**, v. 94, n. 8, p. 3051-3057, 2009.

TAYLOR, R. W. *et al.* Evaluation of waist circumference, waist-to-hip ratio, and the conicity index as screening tools for high trunk fat mass, as measured by dual-energy X-ray absorptiometry, in children aged

3–19 y. **The American Journal of Clinical Nutrition**, v. 72, n. 2, p. 490-495, 2000.

WALLACE, A. M. *et al.* Plasma leptin and the risk of cardiovascular disease in the west of Scotland coronary prevention study (WOSCOPS). **Circulation**, v. 104, n. 25, p. 3052-3056, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Nutrition in adolescence: issues and challenges for the health sector: issues in adolescent health and development. **Geneva: WHO**, 2005.

ZEYDA, M.; STULNIG, T. M. Obesity, inflammation, and insulin resistance—a mini-review. **Gerontology**, v. 55, n. 4, p. 379-386, 2009.

ZHANG, Y. *et al.* Positional cloning of the mouse obese gene and its human homologue. **Nature**, v. 372, n. 6505, p. 425-432, 1994.

ZHANG, Z. *et al.* A high-legume low-glycemic index diet reduces fasting plasma leptin in middle-aged insulin-resistant and-sensitive men. **European journal of clinical nutrition**, v. 65, n. 3, p. 415-418, 2011.

ZIEMKE, F.; MANTZOROS, C. S. Adiponectin in insulin resistance: lessons from translational research. **The American Journal of Clinical Nutrition**, v. 91, n. 1, p. 258S-261S, 2010.

# CAPÍTULO 17

## ASFIXIA PERINATAL EM RECÉM-NASCIDOS A TERMO: O OLHAR ÉTICO SOBRE OS DILEMAS DO INÍCIO DA VIDA

*Ana Valeska Siebra e Silva*

*Francisca Aurenília Esmeraldo Nogueira*

*Edina Silva Costa*

*Rejane Maria Carvalho de Oliveira*

*Maria Veraci de Oliveira Queiroz*

### INTRODUÇÃO

A morte de bebês enseja incompreensão, constrangimento e dor porque o esperado é morrerem os pais antes dos filhos. Quando essa morte poderia ser evitada, acirram-se a revolta e a impotência não só dos membros familiares como também de alguns profissionais que cuidam e refletem sobre as causas dessa ocorrência. É assim que as equipes de trabalho do Centro de Terapia Intensiva - Neonatal (CTI-NEO) de um hospital infantil terciário se sentem ante a elevada incidência de asfixia grave em recém-nascidos a termo (RNT) com peso adequado (VICTORA, 2005).

Como confirmado nos estudos de mortalidade perinatal, o peso adequado ao nascimento em uma gestação a termo reduz a probabilidade de morrer. Essa ocorrência levou a se refletir. Não uma reflexão científica ou terapêutica, mas principalmente existencial, filosófica e ética (VICTORA, 2005).

Por que encaminhar um bebê para uma unidade de cuidados intensivos com toda a tecnologia avançada, se ele já

nasceu em “morte aparente” e esta se anuncia inevitável? Por que devemos lutar contra a morte de uma criança cuja sobrevivência representará uma morte em vida para a família e para a própria criança? Por que somos condicionados a prolongar a dor e o sofrimento desses bebês em nome da ética médica? Não seria mais sábio deixá-los com a mãe para morrer com dignidade, já que não tiveram o direito de nascer dignamente?

Esses e outros questionamentos motivaram um levantamento no livro de registros do mencionado hospital, e, conforme se pôde constatar, a asfixia perinatal em RNT é responsável por 19,10% dos internamentos, contribuindo com 20% da mortalidade neonatal deste serviço. Dos sobreviventes, muitos já recebem alta com o quadro de sequelas instalado. Tal incidência dá uma ideia da grave situação neonatal do Ceará. Se este hospital é um serviço de referência, com projeto de humanização, como aceitar esse silêncio em relação a um assunto tão relevante?

Para compreender-se o motivo de tantas inquietações, relembre-se os conceitos de asfixia. Em Neonatologia, é uma situação patológica na qual as trocas gasosas materno-fetais estão alteradas (queda da pO<sub>2</sub> e do pH arterial e aumento da pCO<sub>2</sub>) em decorrência de incidentes perinatais, sobretudo durante o trabalho de parto, no parto e mais raramente no pré-natal (CIFUENTES, 2004).

O Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia, juntamente com a Academia Americana de Pediatria, estabeleceram critérios para assegurar a ocorrência de asfixia perinatal. São eles: acidemia profunda, metabólica ou mista (pH menor que 7,00) em amostra de sangue da artéria umbilical; persistência do boletim de Apgar de 0 a 3 por mais de cinco minutos; sequelas neurológicas no período neonatal imedia-

to, que incluem a presença de convulsões, hipotonia, coma ou encefalopatia hipóxico-isquêmica; - evidência da disfunção de múltiplos órgãos (PROCIANOY e LEONE, 2004).

Como mostra a literatura, a asfixia perinatal acomete um número elevado de crianças e atinge todos os sistemas do organismo, podendo causar insuficiências graves. Eleva a mortalidade perinatal e, conseqüentemente, a mortalidade infantil, além de causar sequelas incapacitantes para o resto da vida. A incidência varia com a qualidade da assistência perinatal (CIFUENTES, 2004).

Nos países desenvolvidos é de 0,5% em RNT com peso acima de 2.500 gramas, enquanto nos países em desenvolvimento é de 20%. No Brasil, no entanto, esta é a principal causa de morte perinatal evitável (MARANHÃO, 1999).

Os índices e coeficientes de mortalidade, dentre esses o coeficiente de mortalidade infantil, ainda são as medidas mais utilizadas para conhecer a qualidade de saúde de uma população e o nível de desenvolvimento de uma sociedade (OLIVEIRA, 2001).

De acordo com o relatório anual Situação Mundial da Infância do Fundo das Nações Unidas para a Infância, publicado em dezembro de 2006, no Estado de São Paulo, o Brasil ficou em 86º lugar numa lista de 190 nações segundo a mortalidade de crianças menores de cinco anos. Para cada grupo de 1000 crianças brasileiras nascidas vivas, 33 morrem antes de completar cinco anos (RADDIS, 2007).

Este indicador no Brasil é objeto de ampla variação entre as regiões, sendo mais elevado no Norte e Nordeste. Tais dados evidenciam necessidades prementes do desenvolvimento de estratégias para a redução da mortalidade infantil.



Em face desta realidade, e por ser a asfixia a principal causa de morte perinatal evitável, torna-se imprescindível a busca contínua e urgente de medidas para reduzi-la (MARANHÃO, 1999).

Apesar dessa exigência, prevalece um profundo silêncio sobre o assunto. O silêncio é o lugar de muitos sentidos, pois, antes de ser palavra, o silêncio já foi sentido (ORLANDI, 2002). Fundamentando-se nessa premissa, questiona-se ainda: qual seriam o sentido e o significado do silêncio de profissionais e familiares dos bebês com asfixia grave?

Com vistas a compreender os motivos do silêncio dos profissionais e familiares ante essa situação descompromissada com a vida e, por se perceber que reflexões da prática são relevantes e poderiam levar à busca de estratégias para minimizar esse fenômeno, resolveu-se desenvolver este estudo, no qual se manifesta indignação com o atendimento inadequado à gestante no pré-natal, parto e ao recém-nascido.

Conforme se nota, tanto descaso não advém exclusivamente das ações profissionais mas, sobretudo, das políticas públicas de apoio às ações de saúde e de todo um contexto social, que todos se disponham a luta. Como profissionais, compete preparar o caminho para as futuras gerações e as soluções devem ser procuradas coletivamente. É preciso contrapor-se a essa segregação, enfrentar deficiências e colaborar para melhorar essa realidade do País.

Nessa perspectiva, delinea-se como objetivo compreender o significado do silêncio nas experiências dos profissionais e dos familiares desses recém-nascidos a termo, vitimados pela asfixia perinatal.

## METODOLOGIA

Desenvolveu-se um estudo qualitativo, que permite a apreensão dos fenômenos sociais, releva a subjetividade e compreende o contexto onde ocorrem as experiências dos sujeitos. Baseou-se o ensaio na premissa de que os conhecimentos sobre as pessoas só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como esta é vivida e tal como é defendida por seus agentes em seu cotidiano (MINAYO, 2006).

A pesquisa foi realizada em um hospital pediátrico da rede SUS, destinado a prestar cuidados secundários e terciários a crianças e adolescentes de zero a 18 anos. Com capacidade para 322 leitos distribuídos em setores de clínica pediátrica, cirúrgica, emergência e unidades de terapia intensiva, esse hospital tem média de internação de 650 crianças/mês, e média de permanência de 10,7 dias.

Atualmente funciona como centro de ensino e pesquisa para graduandos e profissionais das diversas áreas de saúde. Para atender a esta demanda, dispõe de ambulatórios das diversas especialidades pediátricas e setor de emergência que funciona 24 horas. Conta ainda com uma unidade de terapia intensiva neonatal, um ambulatório de seguimento de recém-nascidos de alto risco e um Núcleo de Apoio à Vida (NAVI) onde são realizados o acompanhamento e o tratamento precoce, quando preciso, das crianças sobreviventes ao internamento em CTI-NEO.

Como participantes da pesquisa, conta-se com profissionais de saúde de nível superior, de nível técnico e com os componentes familiares das crianças asfixiadas representados pelos pais e avós. Portanto, foram três equipes distintas: profissionais de nível superior que trabalham no CTI-NEO, junto aos profissionais do NAVI e do ambulatório de seguimento

de recém-nascido de alto risco; profissionais de nível técnico (auxiliares de Enfermagem) e familiares da criança assistida.

A coleta dos dados ocorreu de julho a setembro de 2006, utilizando-se duas técnicas de coleta: grupo focal e entrevista semiestruturada (GATTI, 2005). A amostragem foi intencional, baseada nos critérios pré definidos: experiência com a ocorrência de asfixia perinatal e ainda na saturação teórica, ou seja, quando as informações estavam se repetindo. Iniciou-se com nove sujeitos e se obteve a saturação dos dados com 53. Como exigido, todos tinham experiências no CTI-NEO.

Em relação às entrevistas semiestruturadas, foram realizadas 12: oito com os familiares e quatro com os profissionais. Dos oito familiares, três mães haviam perdido os filhos em decorrência da asfixia perinatal e cinco eram mães de filhos com sequelas deste agravo.

Com os grupos focais, foram promovidos dois encontros para cada equipe, num total de seis. O grupo dos familiares contou com 12 participantes, o dos profissionais de nível superior com 18 e o dos profissionais de nível técnico com 11. Ao todo, foram 41 participantes nos grupos focais.

Mediante permissão dos participantes, as entrevistas dos grupos focais foram gravadas e filmadas, enquanto as semiestruturadas foram apenas gravadas. Em seguida, foram transcritas e analisadas.

Após leitura cuidadosa e exaustiva do material transcrito, os temas emergentes e os conteúdos pertinentes foram identificados e, então, se procedeu o cruzamento interdiscursivo dos três grupos, a fim de montar um perfil do silêncio desses sujeitos presentes nas falas. Tudo resultou na descrição, seguida da discussão, associada à reflexão referente aos discursos dos participantes do estudo.

De acordo com o exigido, esta pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do hospital em estudo, em cumprimento às normas sobre pesquisa com seres humanos do Conselho Nacional de Saúde e Ministério da Saúde - Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, então vigente. Ainda como exigido, os participantes foram esclarecidos quanto ao objetivo, finalidade e metodologia do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## **DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Nos discursos dos entrevistados, foram observadas distintas e semelhantes percepções quanto ao significado do silêncio relacionado à asfixia perinatal. Um modo discreto e sensível de romper com o não dito, embora haja necessidade de se ir ao encontro do que está encoberto e que não se revelará totalmente. Objetivamente, entre variadas razões para os motivos do silêncio, os sujeitos destacaram medo, transferência de culpa, impotência, negligência e descrédito.

A seguir, os resultados serão expostos na representatividade do contexto mais amplo dos motivos do silêncio, evidenciando assim o perfil do silêncio presente nas falas dos sujeitos entrevistados.

### **MEDO**

#### **Para as mães**

[...]. Foi falta de conhecimento!

[...] eu tenho medo de [...] d'eu enfrentar ele cara a cara, porque

[...] eu sou mais humilde, né?

[...] medo d'ele mandar me matar.

[...] a gente não deve confiar em ninguém porque do jeito que a coisa tá...

[...] processar [...] eu pensei: não vai dar a vida do meu filho [...] fiquei mais do lado espiritual, mas não foi medo ...

### **Para os profissionais de nível técnico**

[...]. Somos constrangidas dentro desse hospital a não falar a verdade. Se a gente for dizer: isso aqui tá errado, você vai bater na sala da direção. Funcionário subversivo! Tem que ser transferido! A gente tem mesmo é que ficar calada porque direta ou indiretamente a gente tem uma mordada em nossa boca.

[...]. A gente é conivente com isso porque o sistema nos obriga a ser...

[...] a gente cala [...] porque nós temos algo a perder, nós temos o nosso emprego, nós podemos ser transferidas, podemos ser expulsas, ser devolvidas...

[...] a gente já tá lotada num local, ninguém quer perder. A gente não tá disposto a se expor.

[...] até matarem a gente, um doutor do interior com um pistoleiro, ele manda...

### **Para os profissionais de nível superior**

[...] medo de se expor! de eu brigar com meu colega. A gente tem medo é de se prejudicar porque fez isso! Porque compromisso todo mundo tem [...] agora tem medo daquela coisa se virar contra a gente que a gente vê no dia a dia.

[...] o que falta também é essa coragem da equipe de se mobilizar, de ter essa sensibilização.

[...]. Quem vai comprar a briga? Quem vai botar o sino no pescoço do gato? [...] eu acho que muitas vezes nós não falamos com medo de comprometer o outro. Tem que ter uma pessoa de coragem pra justificar.

## **TRANSFERÊNCIA DE CULPA**

### **Para as mães**

[...] o erro tá na direção do hospital. Sim porque era um médico pra atender várias pacientes.

[...] é uma coisa tão enrolada [...] cheguei lá às 8h da manhã pra fazer o parto com a dra. que fez meu pré-natal. Ela disse que se até aquele dia eu não sentisse nada eu fosse que ela tava de plantão pra fazer uma cesárea. Ela me examinou e disse que meu colo tava fino, ia esperar pra ser normal. Me botou no soro e passou o dia. Aí ela me botou pra outro médico que foi o que fez mais o cambalacho [...] cinco e meia da tarde ele disse que eu tava com 8cm. Aí 7h ele passou o plantão dele e não fez o meu parto. Passou a noite e nada. No outro dia, o médico da noite que ia fazer o meu parto, ainda começou, viu que tava difícil, saiu: - já acabou meu plantão, vou sair. Aí quem fez o meu parto já foi o que vinha chegando da manhã. Fez FÓRCEPES, ele mesmo anestesiou. Não tinha anestesista. Não tinha mais jeito [...]. É complicado. Eu vou botar a culpa em quem? Se não sei de quem é a culpa...

Para os profissionais de nível técnico

[...]. A assistente social é quem deve orientar as mães...

[...]. Eu acho que compete ao médico, não compete a nós que somos auxiliares.

### **Para os profissionais de nível superior**

[...]. A responsabilidade é de quem fez o parto, eu não ...

[...] eu tô aqui no ambulatório [...] eu não, a maternidade é que é responsável que não dá condições, não eu. O município, o estado, o SUS...

[...] a gente acha que a responsabilidade é sempre do outro, do sistema, da mãe que não fez o pré-natal, da falta de educação, da falta de consciência dos direitos.

[...] vai deixando, vou relaxando. [...] mas no nosso país o que é que importa? O que é que importa pros gestores?

[...]. É falta até de humanização mesmo por parte dos médicos.

Quem faz o parto não é o resto da equipe. Infelizmente, né, tá na mão dele, o descaso maior, o erro mesmo muitas vezes, tá na mão dele. É o que as mães dizem.

[...] a falha é das autoridades que não fiscalizam o que é seu, o que é meu porque eu dei pra eles tomar conta.

[...]. O grito tem que ser da família. O que nos leva a ficar calados é [...] assim, são vários fatores: falta de tempo, falta de apoio das pessoas que estão na direção...

## **IMPOTÊNCIA**

### **Para as mães**

[...]. A gente pensa assim: “a corda sempre quebra do lado mais fraco,” né?

[...] porque sempre são ricos, né, eu tinha quem do meu lado? Agora se eu tivesse dinheiro eu enfrentaria.

[...] porque sou pobre, sou mais humilde, tenho menos condições que ele.

### **Para os profissionais de nível técnico**

[...]. Nós não podemos nos posicionar.

[...]. Nós do nível médio esperamos que os grandes façam isso!

[...]. Nós não podemos fazer nada...

Para os profissionais de nível superior

[...]. Os municípios mais pobres do Brasil encontram-se no Nordeste. Você entra numa maternidade ela é toda pintada, toda bonitinha, tem o selo do UNICEF! Você chega lá não vê nada! O berçário é um quarto com uma mesa. Não tem uma balança. Não tem uma fita métrica. Não tem nada! Esse é o que vai receber um menino. E a sala de parto? A sala de parto de lá é uma mesa [...] não existe uma bala de oxigênio. Como é que esse doutor vai reanimar essa criança? Ambu? Nem pensar! É

coisa de primeiro mundo!! nada! Não tem Nada! Nada! Então é humanamente impossível nas condições que você oferece ao médico ter que fazer alguma coisa.

[...] não adianta nada eu saber a técnica, saber tudo, e não ter o que fazer, porque médico não é milagreiro, não é mágico não. Não adianta nada eu saber reanimar, mas cadê o ambu, cadê o oxigênio? Fazer respiração boca-a-boca?

[...]. Eu acho que a gente se cala porque não tem jeito a dar [...] fazer o que? Adianta eu gritar? Alguém vai me ouvir sozinha?

[...]. Pra denunciar precisa ter provas...

[...]. Pra fazer uma denúncia você precisa provar. Se você não provar você passa a ser...

## **NEGLIGÊNCIA**

### **Para as mães**

[...] Meu esposo tá questionando: - será por que demorou a ir? Eu não demorei a ir. É porque eles não fizeram cesárea, esperaram né? Sempre eles têm isso de esperar que a mulher vai ter passagem. Eu já tava perdendo líquido no dia anterior e tive que passar por 4 hospitais pra poder vim me atenderem [...]. Mesmo o ultrassom mostrando uma criança de 5k eles fizeram o fórcepes...

### **Para os profissionais de nível técnico**

[...] no interior isso acontece porque lá não tem condição e aqui na capital a negligência acontece devido ao profissional. Aqui os setores são o quê? – especializados e com recursos! é falta de compromisso!

[...]. É falta de responsabilidade. A gente que trabalha por lá é que sabe. Eu quando fui parir assisti muitas vezes: “Aguarda aí pro próximo”. Falta o quê? Meia hora. Quer dizer: esperar a passagem do próximo plantão pra poder vir me atender...



[...] agora eles ficam tudo dormindo principalmente de madrugada, quem trabalha em maternidade sabe que é assim, eu já fui parteira e sei como é [...] quando a gente vai chamar o dr. de madrugada: - dr. a criança tá coroando. – tá, peraí que já vou...  
[...] quando dá fé, o menino nasce na cama do pré-parto...  
[...]. Também tem o detalhe que o obstetra ganha mais no parto normal. Por isso eles forçam a barra pra que seja normal. Existem tantas cesáreas que acontecem que nem precisavam...  
[...] acontece negligência demais! É uma coisa do próprio profissional em si querer fazer o seu trabalho, né? Infelizmente o que nós vemos hoje, o que tá valendo mais é o capitalismo.  
[...] O problema do anoxiado é muito sério. Depende muito do profissional como ele cuida. [...]. - O atendimento depende do seu bolso minha filha. Se você paga mais você é bem atendido, né?

### **Para os profissionais de nível superior**

[...] calam porque [...] vem, dá seu horário, ganha seu dinheiro e vai simhora [...] se não levam a coisa adiante é por uma proteção do fulano que induziu a isso. [...] ninguém faz nada e eu não sei como. A gente perde a capacidade de se indignar com determinadas coisas.  
[...]. Você vai tratando a sepse, o não sei quê, se escapar, escapou.  
[...] essa falta que a gente tem sobre o valor da vida. [...] cada vez mais as pessoas se tornam individualistas.  
[...]. A gente só não vê se não quer [...] bota uma venda e [...] tá confortável a posição.  
[...] eu não vou, não sou eu [...] na realidade vai passando e ninguém assume nada.  
[...]. Como justificar qu'eu vejo muito nessas avaliações que a gente faz [...] como justifica isso dentro da cidade? Né? Aqui que a gente vê que a incidência é tão alta [...]. Tão alta, tão alta!

[...] a gente como profissional de saúde tem também responsabilidade, eu acho que todo mundo devia se preocupar com isso e tomar medidas pra tentar melhorar.

[...] é falta de alerta, de uma advertência desse silêncio ser rompido!

## **DESCRÉDITO**

### **Para as mães**

[...] essa justiça aqui, a senhora sabe que é muito lenta.

[...]. Aconteceram muitos fatos [...] com certeza as auxiliares não iam ficar a meu favor, elas iam ser cúmplice...

[...] a gente vive desacreditada nessa justiça porque sou pobre, não tenho condições, vou gastar e não vou resolver.

[...]. Entregar nas mãos de Deus é melhor que confiar nessa justiça.

[...]. Não dá em nada não.

[...]. Não vou atrás porque [...] essas coisas assim [...] é pra quem tem dinheiro. [...] Ia ser a palavra dele contra a minha, né, q̃eu já conversei com outras pessoas que tentaram denunciar e no final o médico é que ganhou a causa, tá entendendo?

[...] A mulher do conselho de medicina disse: “eu vou fazer tudo o que estiver ao meu alcance, mas você não vai conseguir nada, primeiro porque o médico que fez o parto do seu filho é uma pessoa muito influente. Considerado um dos melhores médicos.” [...]. Depois de dois anos arquivaram o processo.

### **Para os profissionais de nível técnico**

[...] Não dá em nada mesmo. Se temos profissionais dentro da nossa unidade que são negligentes [...] e não dá em nada...

### **Para os profissionais de nível superior**

[...]. Falta seriedade em tudo: nas pessoas que estão à frente, na direção das coisas, falta seriedade.

[...]. A gente pode ter motivos de se calar e não procurar ajuda porque você sabe que é malhar em ferro frio.

[...]. É falta de perspectiva: a quem vamos recorrer, ninguém sabe. Porque tanto a gente pode mandar um documento pro governador do Estado, quanto a gente pode ir pra praça pública gritando o que tá acontecendo aqui dentro que vai ser a mesma coisa. Não dá em nada. Não se tem nada protocolado.

[...]. O silêncio passa por esse ponto crucial: manda pra quem? Pro Conselho? Pra Secretaria de Saúde? Pros gestores? Pra Secretaria de Saúde do Município de origem? Se mandar vai ter resposta?

[...]. A gente acaba sendo cúmplice desse silêncio.

[...]. Na realidade a gente não tem como, a quem falar, a quem nos dirigir, eu acho que a gente até fala muito, só não fala pra pessoa certa.

## **Reflexões do estudo**

Como é possível perceber, os discursos não apenas deram a compreensão do silêncio desses sujeitos, como possibilitaram determinadas inferências sobre as causas da asfixia perinatal que acometem tantas crianças que poderiam ter uma vida saudável. Ao mesmo tempo, trazem reflexões sobre as condições ofertadas pelos serviços públicos de saúde.

Segundo se verificou todas as mães entrevistadas deram à luz em hospitais e maternidades. Para conseguir, entretanto, uma internação, tiveram de “peregrinar em procissão” por várias instituições. Ao final, todas terminaram tendo seus filhos em serviços hospitalares. Portanto, na realidade, não é a insuficiência de leitos que dificulta o acesso, mas possivelmente a desorganização do sistema de saúde.

Na prática, a “Central de Leitos,” responsável por informar e autorizar a liberação de leitos, não funciona a contento. Como se evidenciou, a procura de um leito no momento do parto revela a falta de integração entre os diversos serviços do SUS e a ineficácia do atendimento nos serviços essenciais. Nesse contexto, o pré-natal funciona como atenção primária e o parto como atenção secundária ou terciária, como se fossem independentes.

Essa descontinuidade do atendimento fragmentou a assistência, agravada ainda mais com o descaso quanto às queixas e informações das parturientes, deixando clara a falta de interação no relacionamento dos profissionais com os usuários.

As falas mostram que o medo foi a principal causa do silêncio entre os três grupos. Presumivelmente imortal e muitas vezes tão impotente ante a morte do outro, o homem teme a própria morte. Diante dela, se aterroriza. O medo é um dos principais fenômenos que o movem a vencer a morte incondicionalmente. Com esta finalidade, a maior parte da vida almeja impedir este inevitável encontro, ao qual ninguém foge.

Nessa busca, raramente ele mostra sua verdadeira face e sempre se esconde sob diversas aparências. Por trás do sentimento de desânimo e depressão oculta-se, muitas vezes, o medo básico da morte, que está universalmente presente (BECKER, 1973).

Do profissional espera-se o compromisso com a preservação da vida. Cabe-lhe empenhar-se exaustivamente para tal. Como observado, no entanto, os discursos maternos revelaram um diálogo marcado por um raro interesse do profissional em realizar uma anamnese que levaria ao conhecimento real do estado das gestantes. Desse modo, a clínica

foi substituída pelos exames complementares; os laudos das ultrassonografias foram mais importantes do que as informações das mães. Portanto, a “surdez profissional” foi e continua sendo um importante agravante da asfixia.

O estado emocional negligenciado foi outro fator que influenciou no desenvolvimento de intercorrências patológicas. Diferentemente do recomendado, as mães não foram atendidas pelo mesmo profissional que as acompanhou no pré-natal e ainda ficaram em completa solidão num momento em que estão fragilizadas e precisam de apoio, segurança e atendimento técnico-científico comprometido pela ética profissional.

Percebeu-se diversas falhas possíveis de sanar como: o número de profissionais responsáveis pelo atendimento em instituições das cidades do interior e nas maternidades da periferia da Capital era insuficiente; inexistiam condições técnicas para o atendimento obstétrico e neonatal; muitos profissionais não possuíam capacitação para o desempenho dos procedimentos e não houve o compromisso profissional para um atendimento humanizado.

Neste estudo, analisa-se ainda, dois fenômenos decisivos para agravar a asfixia: a transferência da gestante que apresenta complicações em trabalho de parto das maternidades conveniadas com o SUS para instituições públicas e a atuação de um profissional em três especialidades ao mesmo tempo, como anestesista, obstetra e neonatologista.

Nos serviços conveniados, o pagamento dos atendimentos é feito por procedimentos e o valor coberto pelo SUS é inferior aos gastos necessários. Então, para obter lucro, as instituições prestam um atendimento desqualificado (TANAKA, 1995).

Na lógica desses serviços, não convém ter pacientes passíveis de apresentar complicações porque vão ocupar por mais tempo o leito hospitalar. Deste modo, a mulher com qualquer sinal de complicação é transferida para as instituições públicas e, assim, geram as “superlotações”. Quanto ao desempenho de várias funções por um mesmo profissional, rotineiro tanto nos hospitais do interior quanto nas maternidades da periferia, colabora para tornar ainda mais precária a qualidade do atendimento às gestantes e aos recém-nascidos. Estas ocorrências demonstram as precárias condições financeiras dos profissionais e a falta de fiscalização dos procedimentos pelo Sistema de Saúde. Como é perceptível, existe uma cadeia de eventos que provocam a asfixia perinatal e, ao mesmo tempo, contribuem para elevar a mortalidade perinatal já tão alta no País e, especificamente, no Ceará.

Em pleno século XXI, o Brasil precisa de soluções urgentes para melhorar a qualidade do atendimento perinatal. A saúde dos brasileiros está inscrita na Carta Magna de 1988, que assegura legalmente o princípio da integralidade (atenção à saúde em todos os níveis), mas ainda tem muito que avançar na implantação efetiva de tais diretrizes (BRASIL, 2004). Por mais que o sistema seja público, o acesso depende do poder aquisitivo da pessoa, como foi mencionado. Apesar de ser universal, maioria enfrenta filas intermináveis para conseguir o atendimento mais próximo para o mês seguinte.

À vista de tais considerações e ante a própria Constituição, que reconhece o direito à saúde como garantia dos brasileiros, urge levantar a voz para denunciar a asfixia das nossas crianças. Que a mudez até então reinante sobre o assunto rompa as barreiras do medo e se levante num dizer, em outras palavras, de novos significados, em que a asfixia não tenha mais espaço para anular tantas vidas.

## REFERÊNCIAS

BRASIL, **O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde**, v. 1. São Paulo: Editora Atheneu; 2004.

BECKER, E. **A Negação da Morte**. Rio de Janeiro: Record; 1973.

CIFUENTES, J. *et al.* Asfixia perinatal. **Pediatria al Dia, Santiago**; v. 20. n. 2. 2004.

GATTI, B. A. **Grupo focal na pesquisa em Ciências Sociais e Humanas**. Brasília: Líber Livro; 2005.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. rev. e apr. São Paulo: Hucitec; 2006.

MARANHÃO, A. G. K, et al. Mortalidade perinatal e neonatal no Brasil. **Tema**, Rio de Janeiro, v. 6. n. 20, 1999.

OLIVEIRA, H. Complexidade da mortalidade infantil: as histórias que os números não contam. [**Tese de Doutorado**]. Rio de Janeiro: Instituto F. Figueira, Fundação Osvaldo Cruz; 2001.

ORLANDI, E. P. **As formas do silêncio (nos movimentos dos sentidos)**. Campinas, SP: Ed. Unicamp; 2002.

PORTELLI, A. Forma e significado na história oral. A pesquisa como um experimento em igualdade. **Projeto História**, São Paulo, fev. 14. 1997;

PROCIANOY, R. LEONE, C. PRORN – **Programa de Atualização em Neonatologia**. [S.l.: s.n.], vol. 2, módulo 1, 2004.

RADDIS - Fiocruz - **Comunicação em saúde** fev; 54. 2007.

TANAKA, A. N. A. **Maternidade: dilema entre nascimento e morte**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1995.

VICTORA, G. C, *et al.* The challenge of reducing neonatal mortality in middleincome countries: **findings from three Brazilian birth cohorts** in 1982, 1993, and 2004.

Disponível em [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com) Published online March 3, 2005  
<http://image.thelancet.com/extras/04art11026web.pdf>

# CAPÍTULO 18

## DESCENTRALIZAÇÃO, ORGANIZAÇÃO DA DEMANDA E OFERTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL NA REDE REGIONALIZADA

*Leilson Lira de Lima*

*Jamine Borges de Morais*

*Lourdes Suelen Pontes Costa*

*Tatiana Maria Ribeiro Silva*

*Adriana Catarina de Sousa Oliveira*

*Maria Salete Bessa Jorge*

O debate acerca da regionalização em saúde no Brasil fortaleceu-se com a partir da publicação do Decreto 7508/11, que regulamenta a Lei 8.080/90, dispondo sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, à assistência à saúde e a articulação interfederativa. O decreto acentua a necessidade de cooperação intergovernamental na política de saúde e maior protagonismo dos estados e municípios na condução da regionalização (VIANA; LIMA, 2011).

Assim, torna-se relevante discutir temas relacionados à descentralização e regionalização, pois com base nelas se desenvolveram e fortaleceram alguns conceitos como: níveis de complexidade da atenção, referência, contrarreferência, população referenciada. Esses conceitos orientam a discussão dos processos integrados da gestão e atendimento em saúde, num contexto de acomodação da densidade tecnológica, aliada a disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e capacidade



financeira de captação de novas tecnologias (ABREU DE JESUS; ASSIS, 2010).

Foi com a Norma Operacional Básica (NOB) e as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), portanto, que se demarcou ferramentas político-institucionais para mediar pactuações e confluências regionais da atenção à saúde. Inicialmente, promovendo a atenção básica em saúde nos sistemas locais de saúde e, noutro momento, definindo modelos microrregionais da gestão em saúde com marcos clínico-assistenciais e socio-epidemiológicos para programação, pactuação e avaliação (BRASIL, 2002).

Pensando-se efetivamente em uma rede suficiente de cuidados em saúde mental, as políticas públicas devem envolver o compartilhamento e a complementaridade nas ações desenvolvidas entre os responsáveis pela execução dos serviços oferecidos, sendo necessária uma cultura de solidariedade que envolva usuários, famílias, trabalhadores e gestores, no intuito de que a organização e os serviços de saúde sejam oferecidos de forma efetiva, eficaz, eficiente e humanizada, podendo, assim, enfrentar a expressiva demanda por meio de cuidados que garantam a equidade, a cidadania e, principalmente, a reabilitação psicossocial e a inclusão social dos que sofrem com os transtornos mentais (RAZZOUK, 2006).

A Rede de Saúde Mental tem como um dos seus fins a reabilitação psicossocial, configurando-se hoje na organização de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico de modelo manicomial, asilar e biomédico em serviços como os centros de atenção psicossocial (CAPS). Atualmente, já custeia a rede extra-hospitalar com recursos superiores aos da rede hospitalar manicomial. Ainda é baixa, no entanto, a redução de leitos de internação em hospitais psiquiátricos nos últimos cinco

anos. O desafio é efetivar o atendimento hospitalar na rede assistencial terciária comum aos casos de urgência e emergência, ou seja, nas crises.

Os centros de convivência, ambulatórios de saúde mental e os CAPS são iniciativas que procuram interagir com os demais dispositivos, como no nível de atenção primária, fazendo atendimento especializado dos casos de transtornos mentais e ainda sendo responsáveis pelo acompanhamento dos pacientes nas unidades de internação nos hospitais gerais, perpassando os diversos níveis de complexidade da rede de saúde (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006). A rede está inserida nos territórios e funciona com as premissas do SUS de regionalização e hierarquização em relação às esferas do governo, e em relação aos níveis de complexidade do sistema de saúde (DELGADO *et al.*, 2007).

Nesse contexto, a descentralização e a regionalização dos serviços de saúde pressupõem o reconhecimento da dimensão psicossocial como enfoque necessário em todas as ações assistenciais e de Promoção da Saúde e exige uma composição gerencial e política que priorize intersubjetividade, participação social, oferta de serviços e articulação intersetorial para consolidar as ações de saúde mental no SUS.

Vale salientar que, em vários países, são constantes as preocupações com a descentralização das ações e conformação da rede regionalizada de saúde. Estudos nacionais e internacionais (CHEBLI *et al.*, 2010) demonstram que as estratégias adotadas para consolidar a regionalização da saúde e descentralização contribuem para a conformação de sistemas de atenção funcionais e resolutivos nos diversos níveis; para fortalecimento da capacidade de gestão, com a qualificação do planejamento/programação, regulação, controle e avaliação,

incluindo instrumentos de consolidação de compromissos entre gestores e atualização dos critérios e do processo de habilitação de estados e municípios, visando superar o caráter cartorial desse processo e torná-lo coerente com o conjunto de mudanças propostas.

Considerando a contribuição dessas diretrizes ao funcionamento das redes de atenção à saúde; à participação de ampla gama de agentes; ao estabelecimento de relações coordenadas e cooperativas entre governos, com oferta organizada de serviços de saúde mental; às organizações, aos formuladores de política e aos cidadãos nos espaços regionais, questiona-se: como ocorrem a descentralização, a organização da demanda e a oferta de serviços de saúde mental?

Ante os aspectos apontados e a restrita produção científica, este capítulo tem o objetivo de compreender como se conformam descentralização, a organização da demanda e a oferta de serviços de saúde mental. Seu objeto de análise recai sobre os atributos político-institucionais, a conjuntura econômica e organizacional e os arranjos técnico-assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

## **MÉTODO**

Esta é uma investigação de natureza qualitativa, com eixo na compreensão hermenêutica, a qual busca os sentidos e significados das experiências vivenciadas pelos sujeitos investigados. A pesquisa foi realizada na 22ª Região de Saúde do Estado do Ceará, Região de Cascavel. O Sistema Estadual de Saúde do Ceará é representado por 22 regiões e quatro Macrorregiões de saúde (Fortaleza, Sobral, Cariri e Sertão-Central).

A região de Cascavel é constituída pelos municípios de Beberibe, Cascavel, Chorozinho, Horizonte, Ocara, Paca-

jus e Pindoretama. Possui população de 294.083 habitantes, com 159 serviços de saúde nos diversos níveis de assistência. Dos equipamentos da saúde, 130 (81,76%) são públicos e 29 (18,23%) privados (IBGE, 2012). É válido ressaltar que esta região de saúde referencia as demandas de alta complexidade para a sede da região de saúde - Fortaleza.

Os sujeitos do estudo foram selecionados por amostragem intencional. Iniciou-se a pesquisa com 35 sujeitos, trabalhadores e gestores, mas este número de participantes foi delimitado pela saturação teórica. Assim, na medida em que se foi coletando e analisando o material empírico, as estruturas de relevância foram se aprofundando e respondendo aos objetivos traçados (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Participaram, portanto, 23 sujeitos, distribuídos em dois grupos: grupo I – 12 trabalhadores de saúde (hospitais, CAPS e UBS) que prestavam cuidados diretos aos usuários com demandas de saúde mental e atuavam há mais de um ano e grupo II – 11 gestores dos municípios que compõem a 22<sup>a</sup> Região de Saúde (coordenadores da Atenção Básica, Saúde Mental, Central de Regulação, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Programa Agentes Comunitários de Saúde e Assessoria técnica) (um psicólogo, um assistente social e um terapeuta ocupacional) atuavam há mais de um ano.

A coleta dos dados ocorreu dos meses de março a setembro de 2013, após o envio do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, que avaliou a pertinência deste, os objetivos da pesquisa e os riscos e/ou benefícios a que estariam submetidos os participantes da investigação, de acordo com a Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013) e lhe forneceu parecer favorável com o número 229.745.

Foi utilizada como técnica de coleta das informações a entrevista semiestruturada, a qual privilegiou aspectos relacionados a pactuação intermunicipal e regionalização em saúde, instrumentos utilizados para a tomada de decisão e contratualidades, contribuição da regionalização na constituição das redes de atenção à saúde e as principais facilidades/dificuldades para constituição das RAPS.

Para a análise dos achados, optou-se pela análise de conteúdo, baseada em Minayo (2008) e operacionalizadas por Assis e Jorge (2010), a qual prevê o processo analítico em três etapas básicas estabelecidas: ordenação, classificação e análise final dos dados.

A ordenação correspondeu à organização do material e a uma leitura inicial do conteúdo, para se ter as primeiras orientações e impressões em relação às mensagens representadas nas entrevistas, bem como nos documentos. O segundo momento constitui-se no conjunto de dados empíricos que serão submetidos aos procedimentos analíticos, orientados pelas seguintes regras: exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. A etapa de classificação dos dados permitiu a constituição dos dados empíricos que toma como base a teoria a sustentar a pesquisa e os pressupostos teóricos eleitos pelos autores.

Já a análise final permitiu a síntese do material constituído com as entrevistas dos dois grupos de participantes e estabeleceu unidades de sentidos e significados. Esse processo culminou na elaboração da categoria temática central: “(Des) construção da Rede de Atenção Psicossocial: obstáculos implicados no processo de descentralização e regionalização das ações de saúde mental,” a qual foi interpretada e analisada em articulação com o referencial teórico.

Tema Central – (Des)construção da Rede de Atenção Psicossocial: obstáculos implicados no processo de descentralização e regionalização das ações de saúde mental

A descentralização na área da saúde foi amplamente defendida com o projeto da Reforma Sanitária, no período da redemocratização. Defendia-se uma estratégia para aproximar os serviços de saúde às necessidades dos cidadãos, ampliando os espaços democráticos, a participação social e o poder local, em busca da modernização da Administração Pública, reduzindo o papel do Estado e compartilhando responsabilidades com a sociedade e com o mercado (SPEDO, TANAKA, PINTO, 2009; VIANA; MACHADO, 2009).

Considerando a contraposição da lógica da assistência asilar, a história do processo de planejamento de reorientação da assistência em saúde mental é pautada na estratégia de ampliação de serviços substitutivos nos municípios e regiões do País, fortalecendo, assim, a descentralização e a regionalização das ações e serviços, merecendo destaque os CAPS, que foram, a exemplo da experiência nacional, também implantados no Estado do Ceará (BRASIL, 2005; SAMPAIO, CARNEIRO, 2007).

A Lei nº10.216, de 6 de abril de 2001, também conhecida como Lei Paulo Delgado, representou um marco no processo político, estabelecendo o direito da pessoa portadora de transtornos mentais de ser tratada em serviços comunitários de saúde mental e restringe fortemente a internação destes pacientes (BRASIL, 2001).

Na década de 1990, o Brasil vivenciou algumas reformas importantes que envolveram transformações na sua estrutura econômica e política, como a reconcentração do poder na união (FLEURY *et al*, 2010). Neste sentido, na saúde, houve

uma unificação do comando nacional sobre a política e a descentralização político-administrativa. Foram criadas as Leis Orgânicas da Saúde (LOS), 8.080 e 8.142, ambas de 1990, que dispõem sobre a regulamentação do SUS (SOUZA; COSTA, 2010; VIANA; MACHADO, 2009).

O Estado do Ceará iniciou a regionalização por intermédio da estruturação do Sistema de Referência e Contrarreferência, em 1997, a princípio identificando 14 trechos no Estado, por onde convergiriam os municípios aos polos terciários: Fortaleza, Sobral e Cariri (SESA, 2007).

Nessas mudanças estruturais, surgiu, em 1998, a proposta de nova modelagem da gestão estadual, com o intuito de reestruturar o setor saúde no Estado, conforme os princípios e diretrizes do SUS. Havia na época 14 departamentos regionais de saúde, que substituídos por 21 microrregionais de saúde, definidas para responderem pela organização dos serviços de saúde no âmbito das microrregiões, sendo oficializadas no início de 2000 (NORÕES, 2001).

Conforme revelam os entrevistados, para implantar as regiões de saúde, foi necessário realizar um estudo para avaliar os tetos financeiros dos municípios envolvidos, pois alguns deles possuíam baixa capacidade de oferta e teve-se que considerar os processos de referências. Na Programação Pactuada Integrada (PPI), foram estabelecidas as referências para estes municípios que precisavam ser incluídos em relação ao teto, e para tanto houve a necessidade de se realizar um remanejamento, um estudo global em relação aos tetos destes municípios:

Todo mundo quer o melhor para os municípios. Então quanto mais perto para gente melhor a pactuação. Por isso que eu digo, tem que investir nos que querem ser polo;

porque querem ser polo na hora de ser, mas na hora de oferecer, né, tem que ter, para a gente continuar pactuando, continuar pensando junto com os consórcios. Temos consórcios, eu não estou lembrando, mas nós temos consórcio. (Grupo II).

Para delimitação de cada microrregião de saúde, foram adotados os seguintes critérios: a malha viária do Ceará; as rotas das ambulâncias; o destino destas com os doentes; bem como a localização geográfica dos serviços de saúde. Portanto, realizou-se inicialmente um levantamento dos serviços de saúde oferecidos em cada município, com registros da capacidade instalada, qualidade do atendimento ofertado, fluxo de usuários e tipos de tratamentos realizados (KEINERT; ROSA; MENEGUIZZO, 2006).

A missão das microrregionais de saúde é assegurar a gestão de políticas de saúde do Estado, na promoção da assistência à saúde individual e coletiva, mediante articulação das diversas instâncias no sistema, visando à melhoria da qualidade de vida e de saúde da população (SESA, 1998).

Ademais, essa regionalização no Estado do Ceará fazia o sistema de saúde funcionar da seguinte forma: o município realizava as ações básicas de saúde, prevenção de agravos e tratamentos dos casos que não requeressem profissional especialista, por meio da Estratégia Saúde da Família (“porta de entrada”); por conseguinte, os casos ambulatoriais e hospitalares de média complexidade, que o município não conseguisse resolver sozinho, deveriam ser encaminhados e resolvidos no âmbito da microrregião à qual o município pertencesse (SESA, 2000).

No debate sobre a regionalização, há a necessidade da pactuação de ações e serviços intermunicipais para a garantia



da atenção à saúde de modo equânime e integral, conforme ilustram os trechos a seguir:

Os convênios seriam tipo, por exemplo, aqui nós não temos ainda o “CAPS”, mas nós já pedimos o “CAPS” e já foi aprovado. Nós estamos só aguardando para poder montar o “CAPS” aqui. (Grupo II).

Os encaminhamentos são feitos por escrito, mas, quando é pra primeira consulta, aí, vem por escrito, mas o agendamento é por telefone. E, eu devo dizer assim, é um tanto precário, porque assim, não tem um maior acompanhamento entre um e nem sempre outro, é feito aquele atendimento, nós ficamos tratando, mas não fica um elo de comunicação entre os dois municípios. (Grupo I)>

No período dos anos de 1991 a 1998 foram criados e implantados os CAPS de Iguatu, Canindé e Quixadá, seguidos de mais cinco, além da aprovação da Lei Estadual de Reforma Psiquiátrica do estado (Lei “Mário Mamede”). De 1999 a 2005, houve a adoção do modelo de CAPS por mais 30 municípios, compreendida pela aceitação do Governo estadual de incluir um CAPS em cada sede de microrregião de saúde, o que seria correspondente a 21 unidades, além da aceitação, pelo Governo municipal de Fortaleza, de incluir um CAPS em cada Secretaria Executiva Regional da cidade, contabilizando outras seis unidades. E, por fim, o período de 2005 a 2007 corresponde à criação de mais dez CAPS no restante do Estado. Nesse momento, o município de Fortaleza assumiu o papel de protagonista do processo e instalou sua Rede de Atenção Integral à Saúde Mental, iniciando com 14 CAPS (SAMPAIO; CARNEIRO, 2007).

A organização de uma rede hierarquizada de serviços é um dos dispositivos do planejamento para viabilizar o acesso da população aos serviços de saúde. Assenta-se sobre o “modelo sanitário planejador”, que tem como princípios fundamentais a regionalização e a hierarquização da rede de serviços de saúde, com vistas a estabelecer universalidade, equidade e integralidade (ASSIS; ABREU DE JESUS, 2012).

Giovanella e Fleury (1995) discutem acesso como a categoria principal para a análise das inter-relações usuários/serviços de saúde. Para elas, acesso é um conceito maior, que sumaria a união de dimensões específicas que descrevem a adequação entre os usuários e o sistema de cuidados em saúde. Com o objetivo de assegurar o acesso aos serviços de saúde mental, foi proposta a descentralização, no plano microrregional, destes serviços que até então se concentravam na Capital, a fim de que redes municipais de saúde mental fossem estabelecidas.

A realização de parcerias entre serviços de saúde é essencial para os cuidados em saúde mental no território e para operar os processos de reabilitação psicossocial, a associação da saúde mental com a atenção básica e a ESF torna-se, necessária, pois articula os desafios da reforma psiquiátrica com a responsabilização das equipes de família (DELFINI *et al.*, 2009).

Alguns entrevistados voltam-se à grande quantidade de medicamentos em estoque e que estes deveriam ter sido consumidos em curto período. Isso ocorreu porque a maioria dos CAPS não está prestando assistência como deveria e, por outro lado foi observada abrangência suficiente para utilização destes medicamentos. Por meio de um estudo realizado e pelo nível de consumo atual, os CAPS não tiveram possibilidade de

utilização destes medicamentos até o final do período como foi estabelecido, a não ser que tivesse sido feito um grande esforço por parte do gestor municipal para ampliar o atendimento como havia sido programado.

Isso de certa forma reflete um pensamento voltado à ideia da necessidade do acompanhamento dos processos que são pactuados entre os gestores em todos os níveis da gestão, uma vez que a qualidade das ações e serviços de saúde precisa ser estabelecida e preservada, para assim, garantir a execução do princípio da integralidade.

Em virtude da grande demanda, recursos adicionais foram solicitados, uma vez que aqueles fixados estavam insuficientes para manter o CAPS de conformidade com o modelo que já vem funcionando. Além de disso, não é adequado trabalhar com valor-padrão para o custeio do CAPS, pois cada um mostra características diferentes e, conseqüentemente, custeio diferente. O modelo de assistência na saúde mental deve ser diversificado e os CAPS hão de ser estruturados prioritariamente em município sede de microrregião de saúde, assim como é necessário que seja definido o financiamento de forma compatível com a estrutura operacional de cada centro. É essencial que se fortaleça o esforço de reduzir os recursos gastos com internações hospitalares em psiquiatria e seja assegurada a expansão de um número maior de CAPS no Estado.

Pode-se perceber que as dificuldades de financiamento são reais, razão por que é preciso fazer uma análise do custo operacional de todos os CAPS, da qualidade e eficácia dos serviços prestados. É necessário estabelecer critérios para diferenciar os CAPS, antes de alocar recursos, e estabelecer uma proposta de avaliação e realizar o financiamento, tendo como base o perfil de assistência e o custo operacional.

Parece notório que o financiamento federal em separado para a agenda de reforma psiquiátrica é reduzido e que os recursos devem ser disputados pelos empreendedores da reforma no bloco geral de pagamentos gerais do SUS. Uma opção de financiamento específico ficaria por conta dos recursos estaduais e municipais que geralmente reproduzem o arranjo do MS (RIBEIRO; INGLEZ-DIAS, 2011).

De acordo com o Relatório da Gestão do período de 2007-2010, o MS aponta a existência de 0,66 CAPS/100 mil habitantes para uma meta de 1/100 mil. A lacuna na provisão de serviços necessários ao desenvolvimento é reconhecida pelo próprio MS como um “desfinanciamento da saúde” que submete a risco a sustentabilidade desses serviços, especialmente para a expansão dos CAPS III (BRASIL, 2011).

Para garantir a execução do princípio da integralidade presente no SUS que estabelece a oferta de cuidado integral em todos os níveis de atenção à saúde, se faz necessário que haja uma articulação intergovernamental para que tal objetivo seja atingido. Sendo assim, para Ianni *et al.* (2012), a regionalização desencadeada pelo setor saúde configura-se como um espaço político-territorial que expressa o ideário do SUS de garantia da universalidade e da integralidade do acesso aos serviços de saúde. Esse processo requer uma gestão baseada na cooperação e compartilhamento entre os entes envolvidos, que só pode ser alcançada por meio de uma pactuação que enfrente os desafios da autarquização dos níveis da gestão e da necessária qualificação das instâncias e instrumentos da gestão regional.

O exposto nos documentos analisados e nas entrevistas converge com o cuidado da direção nacional, tendo esse sido reconhecido no Relatório da Coordenadoria Nacional de Saúde Mental, o desafio do financiamento, visto como um

problema crucial agravado pelo contexto acentuado de (des) financiamento da saúde, devendo a sustentabilidade financeira das ações e serviços de saúde mental ser motivo de preocupação de todos os gestores e também do controle social, sendo fundamental que seja priorizada a continuidade das ações do campo ante as pactuações estabelecidas entre os quatro entes federados, a fim de assegurar o financiamento e continuidade da expansão dos CAPS e de outros serviços que possibilitam a reorientação da assistência em saúde mental no País e particularmente no Ceará (BRASIL,2011).

Argumenta-se, pois, que, em relação ao financiamento, esse não pode ser reconhecido como o fator mais preponderante para a continuidade da reorientação da assistencial em saúde mental no Ceará e no Brasil, pois muito já se fez sem as condições adequadas, fazendo-se necessário que o movimento e as ideias da Reforma Psiquiátrica sejam fortalecidas e permaneçam vivas junto à qualidade e efetividade da clínica ampliada e complexa exigidas das ações e serviços que compõem a RAPS nos diversos contextos do País; forçando então, cada vez mais que o processo seja de fato compreendido pela continuidade de uma mobilização social, assim como foi outrora, pois esse depende e está intimamente ligado às ações de cada um dos agentes sociais (gestores, trabalhadores de saúde, familiares e usuários dos serviços) envolvidos nos atos de planejar, efetivar e consolidar uma Rede de Atenção Psicossocial que, de fato, coadune e concretize os ideários da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Teixeira (2001) expôs uma proposta metodológica geral de planejamento e programação local da vigilância da saúde, fundamentando-se “na busca de uma tecnologia de planejamento e programação que contribua para a construção de

um modelo de atenção integral à saúde”. A proposta se voltou à produção de um plano municipal de saúde, com suporte no planejamento situacional de Carlos Matus, para subsidiar a gestão no SUS no âmbito local.

Os entrevistados ainda referem que os níveis de atenção à saúde, em relação à programação da Atenção Básica, são de responsabilidade de todos os municípios, como a ampliação do acesso à atenção básica, reestruturação do elenco de procedimentos da Atenção Básica e do valor *per capita* nacional e autonomia do gestor local (aumento de volume de recursos transferidos fundo a fundo para os municípios).

A maior articulação da atenção à SM com a Atenção Básica ampliaria as possibilidades de universalização dos serviços substitutivos. Por outro lado, obstáculos importantes persistem como desafios políticos que esbarram nas limitações do próprio SUS e envolvem financiamento, capacidade de governo e disponibilidade de pessoal especializado. O modelo proposto pela reforma psiquiátrica herda alguns elementos dos programas verticais, caracterizados por um descolamento da política geral e combina esta tradição com os aspectos contemporâneos de descentralização dos serviços para o nível municipal e que estavam ausentes da tradição campanhista e verticalizada da saúde pública (RIBEIRO; INGLEZ-DIAS, 2011).

A regionalização, que consta na NOAS, deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços

necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos (BRASIL, 2001).

O conhecimento dos fluxos dos usuários aos serviços de saúde é preponderante para a efetiva constituição do sistema de saúde, tanto no nível micro, quanto no macro. Neste sentido, a territorialidade torna-se inevitável, pois demonstra a mobilidade dos usuários (ROESE; GERHARDT, 2008).

Os entrevistados ainda convergem para a organização do sistema microrregional desde os hospitais-polo, os quais deveriam ter estrutura adequada para reter pacientes de atenção secundária e não precisar encaminhá-los para os municípios da macrorregião. O que se evidencia, porém, quando se visita os municípios, é que os hospitais-polo têm, na maioria, condições de dar resolubividade clínica, porém existem problemas nas áreas de Urgência, Emergência, Traumatologia e Neonatologia, além de ser necessário o fortalecimento da Atenção Básica, pois é esta que garante a organização do sistema.

Analisando-se na perspectiva do fortalecimento da capacidade gestora de Estados e municípios, na organização das redes de serviços de saúde e no planejamento das ações, observa-se que a regulação em saúde, na maioria das vezes, não ocorre de forma eficaz ou contextualizada, ocasionando o não cumprimento das referências pactuadas e, conseqüentemente, a formação de obstáculos como as barreiras físicas e burocráticas do acesso da população às ações e serviços (SILVA, 2012).

Percebe-se que há necessidade de estabelecer acordos entre os gestores para a efetivação das políticas de saúde a fim de que haja maior eficiência dos recursos, além do reconhecimento, por parte dos gestores, de que eles atuam como sujeitos ativos para implementação das estratégias que visam a garantir acesso aos serviços de saúde.

Conforme revelam os entrevistados, a Rede de Atenção Psicossocial emergiu da necessidade de oferecer, no âmbito do SUS, às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, uma rede de serviços de saúde mental integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção.

De acordo de Assis e Abreu de Jesus (2012), toda formatação da regionalização e hierarquização desenvolvida no SUS tem como base mostrar a dimensão organizativa dos modelos assistenciais, com vistas ao estabelecimento de relações hierárquicas entre unidades de produção de serviços nos níveis de complexidade tecnológica. A organização hierárquica estabelecida numa microrregião de saúde possibilita, pois, a criação de possibilidades de alcançar uma gama variada de ações e serviços que, de outro modo, não poderiam ser garantidos à população.

A relação entre as unidades assistenciais de uma rede de serviços deve suceder com o estabelecimento de mecanismos de referência e contrarreferência, o que é premissa para a determinação das linhas de cuidado na busca da integralidade assistencial. Neste sentido, a questão do acesso assume caráter regulador sobre o sistema de saúde, definindo fluxos, funcionamento, capacidade e necessidade de expansão e organização da rede para o cuidado progressivo ao usuário, impulsionando o planejamento da saúde na direção da dimensão cuidadora horizontal defendida no modelo do círculo, apresentado por Cecílio (1997).

As diretrizes que constituem a RAPS são embasadas no respeito aos direitos humanos, na promoção da equidade, no combate a estigmas e preconceitos, na garantia do acesso e da



qualidade dos serviços, na atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas, na diversificação das estratégias de cuidado, no desenvolvimento de atividades no território e na organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2011).

A Rede de Atenção Psicossocial dispõe dos seguintes objetivos: ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção e garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (BRASIL, 2011).

De acordo com Assis e Abreu de Jesus (2012), a dimensão relacionada à organização da rede de saúde está embasada na capacidade dos serviços de saúde em dar respostas objetivas aos problemas demandados pelos usuários. Para tanto, é essencial fortificar a “porta de entrada” no nível básico da atenção, demarcando os fluxos dos atendimentos organizados desde as demandas epidemiológica, sanitária e social. Além disso, é necessário facilitar o acesso dentro dos limites geográficos de cada território social, integrando serviços e práticas por meio da referência e contrarreferência na rede SUS.

A dimensão política busca tornar evidente o comprometimento dos formuladores de políticas com o acesso universal aos serviços de saúde, a pactuação entre as instâncias de poder, na qual estão presentes governo, sociedade civil, prestadores de serviços públicos e/ou privados e instituições formadoras de recursos humanos em saúde, por meio da par-

tipificação no processo e na tomada de decisão partilhada entre os sujeitos com representação política com transparência no processo decisório (ASSIS; ABREU DE JESUS, 2012).

Assim, ante o exposto, percebe-se que a regionalização e a descentralização atuam como diretrizes norteadoras do processo de desenvolvimento de redes de atenção à saúde sendo estas consideradas ferramentas desenvolvidas para proporcionar acesso às ações de saúde e serviços de saúde mediante oferta de serviços que seja convergente com a demanda da população. Para tanto, é necessário que haja comprometimento dos gestores para execução das políticas de saúde propostas assim como é importante que haja uma interlocução dos agentes envolvidos.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

No âmbito da Saúde Mental, a regionalização impulsionou a estruturação da Rede de Saúde Mental, uma vez que foram utilizados instrumentos e estratégias embasados nessa diretriz na condução da implantação dos serviços substitutivos, principalmente o Centro de Atenção Psicossocial, principal componente da rede de saúde mental, e assim possibilitar a ampliação do acesso dos portadores de transtornos mentais às ações e serviços de saúde.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é uma estratégia que visa a proporcionar uma atenção integral em todos os níveis de atenção à saúde aos portadores de transtornos mentais mediante a articulação entre os diversos componentes da rede. A pactuação entre os gestores, tanto no plano intermunicipal como nos patamares estadual e federal, estabelece parcerias que proporcionam ampliação dos serviços disponíveis à população e assim facilitando o acesso às ações e serviços de

saúde o mais próximo possível da população e com um menor deslocamento para esta.

Durante a elaboração da RAPS, existe a ampliação dos CAPS, a redução de leitos psiquiátricos, a construção de residências terapêuticas, além de outros serviços. Faz se preciso, entretanto, que haja maior articulação desses serviços com a Estratégia Saúde da Família.

Por meio deste estudo, foi possível perceber que a atenção básica pouco atua em relação à saúde mental. Assim é notório haver maior participação da atenção básica assim como a sua articulação com os outros serviços.

Assim, este estudo pretende contribuir para que haja maiores avanços nas estratégias estabelecidas para cuidar do portador de transtorno mental, sendo necessário, para isso, haver um diálogo entre os gestores, com o intuito de avançar no planejamento e obter melhor aproveitamento dos recursos financeiros, e tal ocorreu mediado por ações pactuadas entre os gestores.

## REFERÊNCIAS

ABREU-DE-JESUS, W. L.; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, Jan. 2010.

ASSIS, M. M. A; JORGE, M. S. B. Método de Análise em Pesquisa Qualitativa. In: SANTANA, J. S. S.; NASCIMENTO, M. A. A (Organizadores). **Pesquisa método e técnicas de conhecimento da realidade social**. Feira de Santana: UEFS ed., 2010, p. 139-159.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONESP. **Normas para pesquisas envolvendo seres humanos**. Resolução CNS 466. Serie Cadernos Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. DECRETO Nº 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011. Regula-  
menta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre  
a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da  
saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras  
providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Bra-  
sília, seção 1, jun. 2011.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde.  
Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. **Regio-  
nalização da Assistência à Saúde**: aprofundando a descentralização  
com equidade no acesso - Norma Operacional da Assistência à Saúde:  
NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de  
2002 e regulamentação complementar. Ministério da Saúde, Secre-  
taria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da  
Gestão da Assistência. 2. ed. revista e atualizada. – Brasília: Ministério  
da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria-Executiva. Depar-  
tamento de Apoio à Descentralização. **Pacto de gestão**: garantindo  
saúde para todos / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Depar-  
tamento de Departamento de Apoio à Descentralização. – Brasília:  
Editora do Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. **Guia de saúde mental**. Ministério da Saúde, Porto  
Alegre, 2001.

CHEBLI, I. C. F.; PAIVA, M. G.; STEPHAN-SOUZA, A. I. A regio-  
nalização: desdobramento da descentralização? **Revista de Atenção  
Primária à Saúde**, v. 13, suplemento 1, p. 84-94, 2010.

DELGADO, P. G. G. *et al.* Reforma psiquiátrica e política de saúde  
mental no Brasil. In: MELLO, M. F., MELLO, A. A. F. & KOHN R.  
(Org). **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Artmed, Porto  
Alegre, 2007.

FLEURY, S.; OUVENEY, A.L.M.; KRONEMBERGER, T.S.; ZANI,  
F.B. Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil.  
**Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 28, n. 6, p.  
446-455, dez. 2010.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J. TURATO, R. J. Amostragem por Saturação em Pesquisas Qualitativas em Saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p.17-27, 2008.

GIOVANELLA, L; FLEURY, S. Universalidade da Atenção a Saúde: acesso como categoria de análise. In: Eibens-chutz C, organizadora. **Políticas de saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995. p. 177-198.

KEINERT, T. M. M.; ROSA, T. E. C.; MENEGUZZO, M. **Inovação e cooperação intergovernamental: microrregionalização, consórcios, parceiras e terceirização no setor saúde**. São Paulo: Annablume, 2006. 224p.

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

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Etre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumento metodológico para avaliação de rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(5): 1053-1062, mai, 2006.

RAZZOUK, D. *et al.* Mental health and psychiatry research in Brazil: scientific production from 1999 to 2003. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. spe, 2006 .

RIBEIRO, J.M.; INGLEZ-DIAS, A. Políticas e inovação em atenção à saúde mental: limites ao descolamento do desempenho do SUS. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. Rio de Janeiro, v.16, n.12, p. 4623- 4634, dez. 2011.

SAMPAIO, J. J. C.; CARNEIRO, C. Rede de atenção integral à saúde mental de Sobral-CE: planejamento, supervisão e reflexões críticas. **Sanare: Revista de Políticas Públicas**, Sobral-CE, v. 6, n. 2, p. 7-25, 2007.

SOUZA, G.C.A.; COSTA, I.C.C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde Soc** [online], São Paulo, v. 19, n. 3, p. 509-517, set. 2010.

SPEDO, S. M.; TANAKA, O.Y.; PINTO, N.R.S. O desafio da descentralização do Sistema Único de Saúde em município de grande porte: o caso de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1781-1790, ago. 2009.

TEIXEIRA, R. R. Agenciamentos Tecnosemiológicos e Produção de Subjetividades: contribuição para o debate sobre a transformação do sujeito na saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 49-61, 2001.

VIANA, A. L. d'A.; LIMA, L. D. O processo de regionalização na saúde: contextos, condicionantes e papel das Comissões Intergestores Bipartites. In: VIANA, A. L. d'A.; LIMA, L. D. (Orgs.). **Regionalização e relações federativas na política de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011. p. 11-24.

\_\_\_\_\_. A. L. A.; MACHADO, C. V. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 807-817, jun. 2009.

# CAPÍTULO 19

## **AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DE FAMILIARES DE PACIENTES EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA**

*Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão*

*Ana Camila Moura Rodrigues*

*Marcelo Gurgel Carlos da Silva*

*Roberta Meneses de Oliveira*

*Aline Coriolano Pinheiro*

*Emília Cristina Carvalho Rocha Caminha*

### **INTRODUÇÃO**

As unidades de terapia intensiva (UTIs) foram concebidas com a finalidade de oferecer atenção contínua e suporte avançado aos pacientes críticos, com risco de morte, lançando mão de recursos de alta tecnologia que auxiliam ou substituem a função de órgãos vitais. A Unidade de Terapia Intensiva pediátrica é um ambiente de alta complexidade tecnológica e possui linguagem técnica bastante específica e familiar aos profissionais de saúde, entretanto, assusta àqueles que adentram o ambiente pela primeira vez (COSTA; ARANTES; BRITO, 2010).

A maioria das unidades de terapia intensiva (UTIs) pediátricas é restrita aos funcionários que ali trabalham e aos pais das crianças internadas, que disponibilizam somente de uma hora de visita diária, sendo isto um fator gerador de angústia para os pais, que esperam o dia inteiro para ver seus filhos.

As instituições hospitalares alegam que esta metodologia de funcionamento diminui os riscos de infecções, manuseio excessivo dos pacientes e o barulho dentro da Unidade de Terapia Intensiva pediátrica, colaborando assim para a recuperação da criança e minimizando o sofrimento dos pais, pelo fato de não presenciarem os procedimentos realizados com seu filho (CUNHA; ZAGONEL, 2009).

Geralmente, crianças que necessitam de cuidados médicos ou cirúrgicos nas primeiras horas de vida são encaminhadas para as UTIs pediátricas, onde recebem assistência imediata de profissionais aptos. Desse modo, o número de internações nessas unidades é elevado, em detrimento das condições de nascimento, tais como: cardiopatias associadas a prematuridade, muito baixo peso ao nascer, desconforto respiratório prolongado, infecções intra e perinatal, malformações e outros diagnósticos que predispõem a criança a tratamentos especializados.

Cerca de seis milhões de crianças nascem anualmente no Brasil, das quais aproximadamente 45 mil são portadoras de alguma anomalia cardíaca. Tendo em vista a quantidade de nascidos, a maioria não tem acesso a tratamento clínico ou cirúrgico, mesmo sabendo-se que 80% são portadoras de cardiopatias congênicas e necessitam ser submetidas à cirurgia cardíaca até o sexto mês de vida (MALUF et al., 2011).

A família também se percebe doente, por causada da vivência diária do risco iminente da perda do filho, sensação de impotência diante da doença, por vezes carregando consigo sentimento de culpa por ter que administrar cuidado entre a criança doente e os demais filhos.

O cuidado da família é parte fundamental para a recuperação de pacientes em Unidade de Terapia Intensiva, tor-



nando-se ainda mais importante em casos de crianças com adoecimento cardíaco de natureza grave. Para a família, no entanto, nem sempre é fácil se manter presente, haja vista a dificuldade em lidar e encarar as incertezas sobre o futuro do seu familiar (SALIMENA et al, 2012).

Questões como essas suscitam uma reflexão acerca das necessidades específicas expressas pelos familiares e suas elevadas frequências de estresse, distúrbios do humor e ansiedade durante o acompanhamento da internação na UTI, e, segundo Castro (1999), muitas vezes esses sentimentos persistem após a morte do seu ente querido.

Com efeito, faz-se necessário que a humanização da assistência de enfermagem se configure como elemento basilar para o estabelecimento de um cuidado integral, seguro e de qualidade, capaz de atender as demandas não só do doente, mas também de toda a sua família. Para tanto, ela deve ser embasada em conhecimentos técnicos e científicos, de modo que os profissionais compreendam o processo saúde-doença segundo o ponto de vista da criança e de sua família (OLIVEIRA et al., 2013).

O primeiro estudo que abordou as necessidades da família no contexto da UTI foi publicado pela enfermeira estadunidense Nancy Molter, em 1979, e teve como objetivo identificar as necessidades percebidas pelos familiares dos pacientes. Foram levantadas 45 necessidades (MORGON et al, 2004).

Em 1986, a enfermeira Jane Leske replicou o trabalho de Molter, aplicando o mesmo questionário após reorganização randômica da seqüência dos itens. Esse questionário recebeu a denominação de *Critical Care Family Needs Inventory* (CC-FNI), sendo constituídas pelas mesmas 45 necessidades, às quais os familiares atribuíam diversos graus de importância,

numa escala crescente de 1 a 4. Em 1991, Leske conduziu um estudo com 677 familiares, utilizando o CCFNI e, após análise fatorial, os itens foram alocados em cinco dimensões: Suporte, Conforto, Informação, Proximidade e Segurança (MORGON et al, 2004).

Outros estudos utilizaram este instrumento na íntegra e parcialmente. Em virtude da relevância e da pertinência com as questões vivenciadas no cotidiano dos serviços de saúde brasileiros, o instrumento foi adaptado e validado para a cultura do País, sendo denominado Inventário de Necessidades e Estressores de Familiares de Pacientes Internados e Terapia Intensiva- INEFTI, constituído de 43 necessidades que se dividem em cinco categorias: Informação, Segurança, Acesso, Suporte e Conforto (CASTRO, 1999).

Com base no exposto, interroga-se: que tipo de necessidades como base no Inventário de Necessidades e Estressores de Familiares de Pacientes Internados e Terapia Intensiva-INEFTI os familiares de crianças internadas exprimem?

Para responder a estas questões, este estudo tem como objetivo avaliar as necessidades de familiares de crianças internados em duas Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica de um hospital público de referência terciária, utilizando como base o Inventário de Necessidades e Estressores de Familiares de Pacientes Internados e Terapia Intensiva- INEFTI.

## **MÉTODO**

A pesquisa é um estudo descritivo, transversal, com abordagem quantiquantitativa, sendo um recorte de uma pesquisa intitulada Qualidade da Assistência de Enfermagem Fundamentada no Modelo Donabedian (estrutura- processo- resultado): análise de organizações hospitalares de Fortaleza-CE.

O estudo foi realizado em duas unidades de terapia intensiva pediátrica de um hospital de referência terciária em cuidados cardíacos e pulmonares, da rede pública e Estadual do Ceará, localizado em Fortaleza. O levantamento de dados foi realizado nos meses de setembro a novembro de 2013.

O tipo de assistência à saúde das UTIs varia de acordo com as necessidades do paciente, levando em conta o cuidado progressivo em saúde. Dessa forma, a primeira unidade, denominada UTI pediátrica, recebe pacientes graves ou com risco iminente de morte. Dispõe de nove leitos, sendo dois para isolamento e outro para pacientes transplantados. A equipe de Enfermagem é composta por 14 enfermeiras e 33 técnicos e auxiliares de enfermagem, divididos em escala mensal da seguinte forma: em cada plantão de 12h, existem duas enfermeiras e seis auxiliares. Caso a unidade receba uma criança transplantada, é necessário que exista uma enfermeira a mais durante o plantão até o momento da alta.

A segunda UTI, denominada UTI Pediátrica Pós-Cirúrgica, recebe pacientes advindos de cirurgias eletivas de coração e/ou pulmão. É dotada de oito leitos, sendo dois destes reservados às situações de isolamento. Dispõe de duas enfermeiras por plantão, seis auxiliares e/ou técnicos de enfermagem, uma secretária, uma pessoa responsável por material e serviços externos, um médico diarista e um médico plantonista.

A população foi composta pela totalidade de familiares de pacientes que estavam internados, durante o período de coleta de dados nas unidades em estudo.

A amostragem da pesquisa foi do tipo intencional e determinada pelo objetivo do estudo em um grupo o mais homogêneo possível.

Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: mãe ou avós com idade igual ou superior a 18 anos; que tenham permanecido na unidade, no mínimo, três (03) dias com o paciente na UTI e que apresentaram condições de compreender e de responder o instrumento de coleta de dados.

Em observação, notou-se a ausência dos familiares das crianças internadas, haja vista a sua grande maioria ter procedência de outras localidades distantes da cidade de Fortaleza, onde o hospital é situado.

Apesar de as duas UTIs possuírem 17 leitos ocupados, somente 15 mães foram entrevistadas. Justifica-se a ausência de duas, pois as mesmas não compareciam às unidades em questão para visita diária, no decorrer da coleta do estudo.

Foram utilizados dois instrumentos de coleta: Questionário socio econômico da família e Instrumento de inventário de necessidades dos familiares (INEFTI) em Terapia Intensiva, com base em Castro (1999). Para este estudo, foram empregados 21 itens do *Critical Care Family Needs Inventory* (CCFNI), organizados em quatro categorias de necessidades, a saber: necessidade de **conhecimento/ informação**, na qual serão agrupados os itens relacionados à necessidade dos familiares de receber informações das mais variadas, ou de obter conhecimento relacionado ao estado de saúde ou aos procedimentos envolvidos na terapêutica do familiar doente; **necessidade de conforto**, relacionada ao planejamento físico da unidade, mobília nela contida e necessidade dos familiares em sentirem-se confortáveis na sala de espera ou na própria unidade no decorrer de sua estada; **necessidade de segurança** emocional, na qual foram agrupados os itens relacionados à necessidade dos familiares sentirem-se seguros, menos ansiosos e/ou temerosos quanto ao estado de saúde e ao prognóstico de seu familiar;

e **necessidade de acesso ao paciente** e aos profissionais da unidade em que foram agrupados os itens relacionados à necessidade de os familiares terem mais acesso aos profissionais da instituição (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos e outros funcionários não relacionados às reais necessidades de saúde) que aborda necessidades relacionadas a quatro dimensões (conforto, informação, proximidade e segurança, aproximando, da realidade e do contexto família, hospital e paciente).

O instrumento é composto por duas escalas: importância e satisfação. As escalas são crescentes, ou seja, quanto maior o valor atribuído aos itens, maior é o grau de importância ou satisfação deles.

Após aplicação do instrumento INEFTI, foram escolhidas as situações de maiores médias de respostas apresentadas nas duas unidades de terapia intensiva para construção da escala da razão (ER).

O sistema de pontuação utilizado seguiu a aplicação feita por Lucchese (2003) com escores em escala do tipo Likert variando de 1 a 4. As necessidades com média maior ou igual a 3 foram definidas como importantes e satisfeitas. Likert é uma escala psicométrica das mais conhecidas e utilizadas em pesquisa quantitativa, que pretende registrar o nível de concordância ou discordância com uma declaração dada.

Após aplicação do instrumento INEFTI, foram escolhidas as situações de maiores médias de respostas apresentadas nas duas unidades de terapia intensiva para constituir a escala da razão. Outra técnica empregada foi a observação da realidade do serviço e suas ações, com registros em um Diário de Campo.

A estatística descritiva foi utilizada para caracterização dos pacientes e dos respectivos familiares. As variáveis dependentes fizeram parte do levantamento das necessidades relativas à dimensão de conhecimento/informação, conforto e segurança. As variáveis independentes relativas à dimensão de necessidade de acesso ao paciente, por exprimirem poucos registros, foram apenas listadas pelo INEFTI. A aplicação do instrumento ocorreu em local privativo e foi realizada em quatro momentos com duração média de 50 minutos.

A maioria dos estudos que utilizou o CCFNI considerou como aspecto importante o tipo de escala de medida utilizado na aplicação e análise desse instrumento. Na adaptação brasileira, a escala de medida varia de 01 a 04.

Nesta pesquisa, optou-se por utilizar, para classificar o grau de importância, uma escala numérica (ESCALA DA RAZÃO: ER) de 01 a 21, que é o quantitativo de necessidades indicados aos participantes, além de uma escala de categoria, que produz dados descritivos.

Para a elaboração do instrumento, buscou-se conciliar quatro (04) das cinco dimensões utilizadas no instrumento do INEFTI, a saber: Conforto; Informação; Acessibilidade e Segurança, que privilegiam as necessidades dos familiares que têm pacientes internados em UTI.

Cada necessidade do instrumento foi apresentada aos participantes, que foram solicitados a assinalar o grau de importância que eles atribuíam àquelas necessidades. Para cada dimensão abordada, foram elaboradas instruções específicas em folhas separadas, de modo que cada familiar expôs, em momentos distintos, suas necessidades sobre quatro abordagens diferenciadas. Em cada necessidade abordada em uma

das dimensões foi dada oportunidade para as famílias entrevistadas discutir, contar fatos, chorar, agradecer, reclamar, dar sugestões. Todas as respostas foram registradas, imediatamente, à medida que as entrevistas transcorreram.

O projeto passou pelo Comitê de Ética na Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará visando a obedecer aos preceitos éticos da pesquisa em saúde com seres humanos (BRASIL, 2012), assim como o compromisso social com eles. Após aprovação, foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do hospital cenário da pesquisa, obtendo parecer de nº 77180.

## **RESULTADOS**

### Caracterização de pacientes e familiares

Os dados coletados estão em tabelas, o que permite a caracterização dos familiares entrevistados quanto ao estado civil, escolaridade, religião, situação de trabalho e renda familiar.

**TABELA-1** Características dos familiares de duas UTIs pediátricas: Fortaleza-CE, 2013.

Variáveis	n=15	
	f	%
Estado civil		
Casada	2	13,3
Solteira	2	13,3
União estável	11	73,3
Idade		
15-20 anos	1	6,7
21-30 anos	5	33,3
31-40 anos	7	46,7
Escolaridade		
Analfabeta	1	6,7
Fundamental incompleto	5	33,3
Fundamental completo	3	20,0
Médio incompleto	2	13,3
Médio completo	3	20,0
Superior incompleto	1	6,7
Religião		
Católica	9	60
Evangélica	5	33,3
Outros	1	6,7
Situação de trabalho		
Diarista	2	13,3
Dona de casa	7	46,7
Agricultora	4	26,7
Outros	2	13,3
Renda familiar (SM= salário mínimo)		
Menos de 1 SM	5	33,3
1 SM	6	40
1 a 2 SM	4	26,7
Tipo de moradia		
Própria	8	53,3
Alugada	1	6,7
Cedida	6	40

FONTE: pesquisa direta.



Na amostra analisada, 100% eram do sexo feminino e mães das crianças internadas. A idade das genitoras variou de 31 a 40 anos, sendo que uma das mães tinha idade igual ou inferior a 21 anos. Os dados estão de acordo com achados na literatura, como o estudo realizado na Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP), no qual foi constatado um predomínio de mulheres cuidadoras (73%) (CERQUEIRA, OLIVEIRA, 2001).

Quanto à ocupação, sete delas referiram trabalhos domésticos e cuidados com os outros filhos, ficando a renda principal a cargo do parceiro. Do total, 73,3% das mães vivem em regime de união conjugal estável, 40% têm renda familiar de um salário-mínimo e 53,3% moram em casa própria. O nível de escolaridade de 33,3% era ensino fundamental incompleto e 60% das entrevistadas eram católicas.

Na variável religião, foi possível identificar o fato de que grande parte dos familiares relatou ser católico, o que já foi demonstrado em outros estudos (CASTRO, 1999; FREITAS; KIMURA; FERREIRA, 2007). É importante ressaltar que a fé em Deus, independente da religião seguida, representa aspecto importante que permeia o processo saúde-doença, principalmente em uma UTI. O apego ao espiritual está muitas vezes relacionado à necessidade de cura ou de esperança enquanto se espera um milagre, proporcionando muitas vezes alívio e amparo ante a adversidade.

Com relação à caracterização das crianças, observou-se que a totalidade das internações foi motivada por cardiopatias congênitas (100% dos casos), onde há uma malformação estrutural do coração ou dos grandes vasos presentes no nascimento, podendo representar defeito cardíaco único ou uma combinação deles.

O desenvolvimento cardiovascular anormal é responsável por uma grande quantidade de cardiopatias, permitindo grande variação em efeitos clínicos. Sua maioria origina-se no desenvolvimento embrionário e não se sabe a causa determinada (OLIVEIRA et al., 2012).

No período de coleta de dados, a maioria das crianças internadas estava em idade de 2 a 4 meses de vida. Destas, 12 estavam internadas em um período de zero a dois meses.

Avaliação do grau de importância e satisfação das necessidades de familiares de pacientes internados

Necessidade é compreendida como “manifestação de carência (sentida ou não) de uma condição interna desencadeando processos psicológicos e fisiológicos que se traduzem em comportamentos particulares” (CHALIFOUR, 2008, p. 32).

Conforme Nascimento et. al (2007), os familiares percebem que o aparato tecnológico capaz de lhe dar mais segurança e tranquilidade em relação ao cuidado ofertado a seu ente, porém também é responsável em grande parte pelo isolamento e pela solidão a que os paciente e familiares são submetidos. É comum que estes expressem o desejo e a necessidade de prestar algum conforto, de contribuir com sua presença, de ficar perto e, ainda, de participar do tratamento.

**Tabela 3** - Necessidades de conhecimento/ informação e o grau de importância atribuído por familiares de pacientes internados em UTI Pediátrica. Fortaleza-CE, 2013 (n=15).

NECESSIDADES	1		2		3		4		Média ± DP
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
NECESSIDADE TOTAL	15	-	-	-	-	-	-	-	2,1873±025483
1.Sentir-se à vontade para demonstrar meus sentimentos e emoções	2	13,3	9	60,0	2	13,3	2	13,3	2,27±0884
2.Sentir que o pessoal do hospital se interessa pelo paciente	-	-	3	20,0	9	60	3	20,0	3,00±0655
3.Ser comunicado sobre possíveis transferências	10	66,7	-	-	1	6,7	4	26,7	1,93±1,387
4.Estar seguro que o meu tratamento possível está sendo dado	5	33,3	2	13,3	6	40,0	2	13,3	2,33±1,113
5.Saber qual tratamento médico está sendo dado ao paciente	11	73,3	1	6,7	1	6,7	2	13,3	1,60±1,121
6.Saber porque determinados tratamentos foram realizados com o paciente	10	66,7	1	6,7	1	6,7	3	20	1,80±1,265
7.Saber quais as chances de melhora do paciente	4	26,7	6	40,0	5	33,3	-	-	2,07±0,799
8.Conversar sobre a possibilidade de morte do paciente	4	26,7	7	46,7	3	20,0	1	6,7	2,07±0,884
9.Começar a visita na hora marcada	-	-	-	-	2	13,3	13	86,7	3,87±0,352
10.Receber explicações que possam ser compreendidas	15	100,0	-	-	-	-	-	-	1,00±0,000
11.Ter perguntas respondidas com franqueza	10	66,7	2	13,3	2	13,3	1	6,7	1,60±0,986
12.Ajudar a cuidar do paciente na UTI	2	13,3	-	-	4	26,7	9	60,0	3,33±1,047
13.Saber quem pode dar a informação que necessita	9	60,0	1	6,7	2	13,3	3	20,0	1,93±1,280
14.Ser informado sobre o que fazer quando estiver ao lado do paciente	7	46,7	1	6,7	3	20,0	4	26,7	2,27±1,335
15.Sentir que há esperança de melhora do paciente	1	6,7	11	73,3	1	6,7	2	13,3	2,27±0,799
16.Ser informado a respeito de tudo que se relacione à evolução do paciente	8	53,3	3	20,0	2	13,3	2	13,3	1,87±1,125

17.Ter orientações gerais sobre a UTI na primeira visita	12	80,0	1	6,7	-	-	2	13,3	1,47±1,060
18.Receber informações sobre o paciente no mínimo uma vez ao dia	9	60,0	-	-	3	20,0	3	20,0	2,00±1,309
19.Sentir-se aceito pelas pessoas do quadro de funcionários do hospital	-	-	6	40,0	8	53,3	1	6,7	2,67±0,617
20.Ser informado sobre serviços religioso	4	26,7	11	73,3	-	-	-	-	1,73±0,458
21.Conversar com a mesma enfermeira todos os dias	3	20,0	-	-	8	53,3	4	26,7	2,87±1,060

Na Tabela 3, foram citadas cinco necessidades “conforto” e somente duas foram julgadas muito importantes e totalmente satisfeitas, “saber quais as chances de melhora do paciente” e “sentir que há esperança de melhora do paciente” foram citadas por mais de 50% das entrevistadas. A necessidade de “ser informado sobre serviços religiosos” recebeu o menor índice de satisfação, onde 73,3% da amostra se apresentam como bastante insatisfeitos com o serviço.

**Tabela 04** - Necessidades de conforto classificadas conforme grau de importância e satisfação dos familiares de pacientes internados em UTI Pediátrica. Fortaleza-CE, 2013 (n=15).

Necessidade de conforto	n	%
Senti-se à vontade para demonstrar meus sentimentos e emoções	9	60
Saber quais chances de melhora do paciente	6	40
Conversar sobre a possibilidade de morte do paciente	7	46,7
Sentir que há esperança de melhora do paciente	11	73,3
Ser informado sobre serviços religiosos	11	73,3

FONTE: Pesquisa direta.

A busca por informações demonstra a necessidade que o familiar tem de conhecer o real estado de saúde da criança internada em UTI. Assim, compreender as reais chances de melhora do paciente foi compreendido como um modo de prestar apoio para recuperação de seu parente.

**TABELA 6** - Necessidades de segurança classificadas conforme grau de importância e satisfação dos familiares de pacientes internados em UTI Pediátrica. Fortaleza-CE, 2013 (n=15).

<b>Necessidade de segurança</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sentir que o pessoal do hospital se interessa pelo paciente	9	60
Estar seguro que o melhor tratamento possível está sendo dado ao paciente	6	40
Sentir-se aceito pelas pessoas do quadro de funcionários do hospital	8	53,3
Conversar com a mesma enfermeira todos os dias	8	53,3

FONTE: Pesquisa direta.

Quatro itens foram destacados como necessidades de segurança e três receberam destaque quanto à importância e satisfação: “sentir que o pessoal do hospital se interessa pelo paciente”, “estar seguro que o melhor tratamento possível está sendo dado” e “sentir-se aceito pelas pessoas do quadro de funcionários do hospital”. A necessidade “conversar com a mesma enfermeira todos os dias” foi classificada por 80% da amostra como muito importante e recebeu 80%, o menor índice de satisfação, referindo que essa demanda nem sempre consegue ser suprida, talvez por conta do excesso de afazeres e trabalhos burocráticos na unidade.

Assim, o achado corrobora o afirmado por Freitas (2005), quando ele traz em seu estudo que a relação enfermeiro – família deve ser melhorada durante os momentos de visita. Autores tais como Castro (1999) e Soares et al. (2010) ressaltam as dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros para manter essa interação em decorrência de problemas pessoais ou organizacionais, o que implica menor satisfação por parte dos pais/parentes.

Duas necessidades se enquadraram como acesso ao paciente: “começar a visita na hora marcada” que foi destacada como muito importante e satisfeita; “ajudar a cuidar do paciente na UTI” foi classificada por 66,7% das entrevistadas como muito importante e recebeu de 86,7% o menor grau de satisfação.

**TABELA 7-** Necessidades de acesso ao paciente classificadas conforme grau de importância e satisfação dos familiares de pacientes internados em UTI Pediátrica. Fortaleza-CE, 2013 (n=15).

<b>Necessidade de acesso ao paciente</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Começar visita na hora marcada	13	86,7
Ajudar a cuidar do paciente na UTI	9	60

FONTE: Pesquisa direta.

Durante as entrevistas, 86,7% das mães relataram o desejo de um horário de visitas livre e a necessidade de ajudar a cuidar do paciente na UTI. Tais reivindicações vão contra os estudos de Castro (1999), Morgon e Guirardello (2004) e Freitas (2005), que demonstraram a falta de interesse dos familiares dos pacientes de UTI em ajudar de seus parentes, tendo em vista compreender que o manejo muito frequente pode interferir no bom funcionamento da unidade e no bem-estar do paciente.

## DISCUSSÃO

De acordo com Soares et al. (2010), os níveis de instrução e renda podem estar diretamente associados ao fato de a pesquisa ter sido feita em instituição pública, tendo em vista o público-alvo.

Na variável religião, foi possível identificar o fato de que grande parte dos familiares relatou ser católico, o que já foi demonstrado em outros estudos ((CASTRO, 1999; FREITAS; KIMURA; FERREIRA, 2007).

Segundo Oliveira et al. (2013), a separação do filho por ter que deixá-lo na UTI contribui para aumentar o desespero da família durante os dias de hospitalização. A gravidade do quadro e o passar do tempo deixam as mães mais frustradas ante a impossibilidade de viver a expectativa cultivada durante toda a gestação, já que o desfecho esperado do processo é o nascimento e desenvolvimento de uma criança saudável que seja imediatamente integrada à convivência familiar.

O tempo de internação prolongado provoca o rompimento ou o não estabelecimento de vínculo afetivo entre a criança e a família. Quando a mãe recebe o diagnóstico da doença cardíaca congênita do filho, antes ou após o seu nascimento, tem início, para ela, a vivência da transição de saúde-doença do filho, o qual se desenvolve como transformações desde a notícia de que seu filho possui a doença (REIS; SANTOS, 2013).

Apoiado no INEFTI, o estudo apontou que 73,3% dos familiares avaliaram como importantíssimas as necessidades das dimensões acesso ao paciente e conhecimento/informação, atribuindo menor importância às dimensões segurança (51,7%) e conforto (58,7%).

Este dado sugere que a maior preocupação do familiar é com a criança internada e aspectos relacionados aos cuidados ofertados e o interesse da equipe em manter o familiar informado. Os aspectos direcionados ao conforto e segurança que atingem diretamente o familiar foram pouco valorizados.

Do total de 21 necessidades extraídas no INEFTI, dez foram classificadas como necessidade de conhecimento/ informação e sete apareceram com maiores índices de importância e satisfação, citadas na tabela seguinte. Duas destas mereceram destaque por apresentarem maiores índices dentre as entrevistadas: “Receber explicações que possam ser compreendidas” e “Ter orientações gerais sobre a UTI na primeira visita”.

Os familiares necessitam obter informações que possam ser compreendidas de forma clara e objetiva, para melhor entendimento do prognóstico de suas crianças internadas e querem obter informações acerca dos cuidados de Enfermagem realizados diariamente, dentre eles, os procedimentos de rotina da unidade e tudo o mais que venha a contribuir para o restabelecimento da saúde do paciente (SOARES, 2007).

No estudo realizado por Santana e Madeira (2013), que também avaliava as necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos, eles obtiveram como resultados das necessidades de conforto que os familiares valorizam bastante o espaço físico e a mobília da sala de espera da UTI.

Pedro et al. (2008) lembram que os familiares acompanhantes tem que se adaptar ao cenário hostil do hospital e, embora não seja uma experiência prazerosa, assumem seus papéis com resignação, amparados por uma obrigação moral em relação ao paciente.



A ausência do profissional causa ainda mais apreensão para os familiares que esperam aflitos pelo momento da visita para retirarem as suas dúvidas e receberem notícias, de preferência, boas. Por isso, o horário em que ocorrem as visitas deve ser encarado como um momento para os profissionais, principalmente o enfermeiro, entrarem em contato com a família do doente, o que permitirá a identificação das condições psicológicas e emocionais dos familiares e a compreensão das reais necessidades, além de estabelecer relações interpessoais fortalecedoras.

Almeida Neto et.al (2012), Morgon e Guirardello (2004) e Reichert et al. (2007) sugeriram em seus estudos compartilhar a assistência familiar com outro profissional para minimizar as dificuldades ora citadas. Por exemplo: solicitar que um colega enfermeiro acompanhe um familiar enquanto está executando outras atividades.

É domínio do saber o fato de que os enfermeiros devem fornecer informações aos familiares a respeito de suas crianças internadas na unidade. Foi observado que 80% das entrevistadas não tinham o conhecimento acerca da enfermeira que cuidava dos pacientes, sendo por muitas vezes a mesma confundida com técnicos e/ou auxiliares de Enfermagem.

## **CONCLUSÕES**

De acordo com os objetivos propostos para este estudo, os resultados encontrados permitiram as seguintes conclusões.

100% das crianças internadas possuíam algum tipo de cardiopatia congênita e estavam nas unidades, em média, há dois meses. As mães representaram a totalidade da amostra entrevistada, tendo em vista a maioria residir fora da cidade do hospital em estudo.

De forma geral, as necessidades foram consideradas igualmente importantes pelos familiares entrevistados. Cerca de 90% das necessidades foram avaliadas como importantes ou muito importantes pelos familiares.

As necessidades de maior pontuação estavam relacionadas às necessidades de conhecimento/informação e acesso ao paciente. De acordo com o nível de satisfação, 76,2% das necessidades foram consideradas satisfeitas.

A hospitalização da criança na unidade de cuidados intensivos pode acarretar desequilíbrio na estrutura familiar. A família ocupa um papel importante no cuidado da criança, principalmente a mãe, que permanece o maior tempo na unidade e, muitas vezes, suas necessidades são desconhecidas pelo enfermeiro.

Em geral, os familiares chegam à UTI com medo do que irão ver e do estado em que se encontrará o seu ente querido. Desconhecem as características físicas e as rotinas da unidade, já que, na maioria dos casos, os familiares estão vivenciando a internação ou estão entrando nesse ambiente pela primeira vez, sendo tudo uma novidade.

## REFERENCIAS

ALMEIDA NETO, A.B.; EVANGELISTA, D.T.O.; TSUDA, F.C.; PICCININ, M.J.; ROQUEJANI, A.C.; KOSOUR, C. Percepção dos familiares de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva em relação à atuação da fisioterapia e à identificação de suas necessidades. **Fisioterapia e pesquisa**, v. 19, n. 4, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução 466/2012**. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CASTRO, D.S. **Estresse e estressores dos familiares de pacientes com traumatismo crânio - encefálico em terapia intensiva.** [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ; 1999.

CERQUEIRA, A.T.A.R.; OLIVEIRA, N.I.L. Programa de apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. **Psicol USP.** [Periódico na Internet] 2002; 13 (1). [Acesso em: nov.2013].Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>

CHALIFOUR, J. **A intervenção terapêutica: os fundamentos existencial-humanistas , da relação de ajuda.** Loures: Lusodidacta;. v. 1, p. 32, 2008.

COSTA, M.C.G.; ARANTES, M.Q.; BRITO, M.D.C. A UTI neonatal sob a ótica das mães. **Rev. Eletr. Enferm. [Internet].** v.12, n.4, p.698-704, 2010. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n14/v12n4a15.htm>. Acessado em: 30/06/2013.

CUNHA, P. J. C.; ZAGONEL, I. P. S. **A relação dialógica permeando o cuidado de enfermagem em UTI pediátrica cardíaca.** Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 16, n. 02, p. 292 - 297, 2009.

FREITAS, K.S., KIMURA, M., FERREIRA, K.A. Necessidades de familiares de pacientes em unidades de terapia intensiva: análise comparativa entre hospital público e privado. **Rev Latinoam Enferm.** 2007;15(1): 84-92.

MALUF, M.A.; FRANZONI, M.; MELGAR, E.; HERNANDEZ, A.; PEREZ, R. A cirurgia cardíaca pediátrica como atividade filantrópica no país e missão humanitária no exterior. **Rev Bras Cir Cardiovasc. [online]** 2009 jul/set; [citado 2013 ago 21]; 24(3): [aprox 3 telas]. Disponível em: <http://www.scielo.br>.

MOLINA, R.C.M.; FONSECA, E.L.; WAIDMAN, M.A.P.; MARCON, S.S. A percepção da família sobre sua presença em uma unidade de terapia intensiva pediátrica e neonatal. **Rev Esc Enferm USP.** São Paulo, v. 43, n. 3, p. 630-8, 2009.

MORGON, F.H.; GUIRARDELLO, E.B. Validação da escala da razão das necessidades de familiares em unidade de terapia intensiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem.** Ribeirão Preto, v. 12, n. 2,

p. 1-14. Mar./Abr. 2004.

OLIVEIRA, K.; VERONEZ, M.; HIGARASHI, I.H.; CORRÊA, D.A.M. Vivências de familiares no processo de nascimento e internação de seus filhos em UTI neonatal. **Esc Anna Nery**, v. 17, n. 1, p. 46-53, jan/mar. 2013.

PEDRO ICS, GALVÃO CM, ROCHA SMM, NASCIMENTO LC. Apoio social e famílias de crianças com câncer. **Rev Latino-am Enfermagem** maio-junho; 16(3)2008 [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae). acesso em novembro/2013.

REICHERT, A.P.S.; LINS, R.N.P.; COLLET, N. Humanização do cuidado da UTI neonatal. **Rev. Eletrônica Enferm. [Internet]**, v. 9, n. 1, p. 200-13, 2007. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a16.htm> Acessado em: 25/06/2013.

SALIMENA, A.M.O.; OLIVEIRA, C.P.; BUZATTI, J.R.; MOREIRA, A.M.F.; AMORIM, T.V. A comunicação entre enfermeiras e pais de recém-nascidos em unidade de terapia intensiva neonatal. **HU Revista**, Juíz de Fora, v. 38, n. 1, p. 79-83, jan./mar. 2012.

SOARES, M. Cuidando da família de pacientes em situação de terminalidade internados na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. n. 19, v. 4, p. 481-4, 2007.

SOARES, L.O.; SANTOS, R.F.; GASPARINO, R.C. Necessidades de familiares e pacientes internados em unidade de terapia intensiva neonatal. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 644-50, out/dez. 2010.

**A**s reflexões sobre Saberes e Práticas em Saúde Coletiva constituem-se essencialidade para o avanço técnico-científico neste campo de saber. Além disso, tal ação direciona à consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), seus princípios e diretrizes. Entre estes, sobressaem universalidade, equidade, integralidade, participação social, descentralização e regionalização como elementos norteadores das práticas no SUS.

A integração desses princípios e diretrizes e essas práticas encontra-se, contudo, nas ferramentas teórico-metodológicas, importante meio de viabilizar transformações e mudanças no cotidiano do cuidado, clínica, gestão e planejamento dos serviços de saúde. Para tanto, são prementes a soberania da interdisciplinaridade e a confluência dos saberes provenientes das Ciências Sociais e Humanas, da Epidemiologia e das Políticas, Planejamento e Gestão.

Assim, tomo esta obra como grande contribuição a essa consolidação e às referidas mudanças e transformações. Com objetos inseridos nos saberes acima referidos, os estudos deste livro expressam uma profícua produção de conhecimento, que desponta para (re)constituição do SUS, o que subverte e reinventa modelos de atenção, organização dos serviços e das redes de atenção à saúde, modos de cuidar, além de direcionar para um sistema de saúde universal, equânime, integral e resolutivo.

**Leilson Lira de Lima**

Enfermeiro, Professor do Curso de Graduação em Medicina,  
Doutorando em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.