

**A SAÚDE COLETIVA  
EM DESTAQUE**

REITOR

Silvio Luiz Oliveira Soglia

VICE-REITORA

Georgina Gonçalves



Editora UFRB

SUPERINTENDENTE

Sérgio Augusto Soares Mattos

CONSELHO EDITORIAL

Alessandra Cristina Silva Valentim

Ana Cristina Fermino Soares

Ana Georgina Peixoto Rocha

Jeane Saskya Campos Tavares

Robério Marcelo Ribeiro

Rosineide Pereira Mubarack Garcia

Sérgio Augusto Soares Mattos (presidente)

SUPLENTE

Ana Cristina Vello Loyola Dantas

Geovana da Paz Monteiro

Esta publicação faz parte do Edital nº 001/2014 – EDUFRB. Edital de apoio à publicação de livros impressos em homenagem aos 10 anos da UFRB.

EDITORA FILIADA À



Associação Brasileira  
das Editoras Universitárias

Flávia Conceição dos Santos Henrique  
Liliane de Jesus Bittencourt  
Rosa Cândida Cordeiro  
(Organizadoras)

# A SAÚDE COLETIVA EM DESTAQUE



Editora UFRB

Cruz das Almas - Bahia/2016

Copyright©2016 Flávia Conceição dos Santos Henrique, Liliane de Jesus Bittencourt e Rosa Cândida Cordeiro

Direitos para esta edição cedidos à EDUFRB.

Projeto gráfico, capa e editoração eletrônica:  
Imprell Gráfica e Editora

Revisão, normatização técnica:  
Imprell Gráfica e Editora

Depósito legal na Biblioteca Nacional, conforme decreto nº 1.825, de 20 de dezembro de 1907.

A reprodução não-autorizada desta publicação, por qualquer meio, seja total ou parcial, constitui violação da Lei nº 9.610/98.

S255 A saúde coletiva em destaque / organizado por Flávia C. dos Santos Henrique; Liliane de Jesus Bittencourt; Rosa C. Cordeiro . – Cruz das Almas/BA: UFRB, 2016. 340p.

ISBN: 978-85-5971-006-9

1. Saúde coletiva 2. Saúde pública I. Santos, Flávia Conceição dos Santos Henrique II. Bittencourt, Liliane de Jesus III. Cordeiro, Rosa Cândida.

CDD 362.1

Ficha Catalográfica elaborada por: Ivete Castro CRB/1073



Editora UFRB

Rua Rui Barbosa, 710 – Centro  
44380-000 Cruz das Almas – BA

Tel.: (75)3621-7672

[gabi.editora@ufrb.edu.br](mailto:gabi.editora@ufrb.edu.br)

[www.ufrb.edu.br/editora](http://www.ufrb.edu.br/editora)

[www.facebook.com/editoraufrb](https://www.facebook.com/editoraufrb)

## Sumário

### **APRESENTAÇÃO ..... 9**

*Liliane de Jesus Bittencourt*

*Flávia Conceição dos Santos Henrique*

*Rosa Cândida Cordeiro*

### **PARTE I**

#### **Reflexões Políticas e**

#### **Metodológicas no Campo da Saúde Coletiva**

### **APONTAMENTOS HISTÓRICOS SOBRE O CAMPO OBSTÉTRICO BRASILEIRO: percursos da hospitalização e da profissionalização do parto e nascimento..... 15**

*Ticiane Osvald Ramos*

### **NUTRIÇÃO E RACISMO: contribuições e reflexões possíveis....45**

*Denize de Almeida Ribeiro*

### **DILEMAS NA ESCOLHA DE GRUPOS CONTROLES EM ESTUDOS DE INTERVENÇÃO..... 63**

*Simone Seixas da Cruz*

*Isaac Suzart Gomes-Filho*

*Maria da Conceição Nascimento Costa*

*Johelle de Santana Passos-Soares*

*Soraya Castro Trindade*

*Ana Claudia Moraes Godoy Figueiredo*

*Josicélia Estrela Tuy Batista*

*Gessica Santana Orrico*

### **AVANÇOS DA IMUNIZAÇÃO NO BRASIL..... 85**

*Paloma de Sousa Pinho*

*Fernanda de Oliveira Souza*

**A TRAJETÓRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO BRASIL:  
configuração sócio-histórica e (velhos) desafios ..... 101**  
*Regina Célia Borges de Lucena*

**A TRAJETÓRIA DO ESTÁGIO CURRICULAR EM  
ENFERMAGEM ..... 129**  
*Elaine Andrade Leal Silva*

**INTERSETORIALIDADE EM POLÍTICAS SOCIAIS:  
uma proposta metodológica em construção ..... 145**  
*Flávia Conceição dos Santos Henrique*  
*Jeni Vaitsman*

## PARTE II

### Estudos Empíricos e sua Contribuição para o Desenvolvimento da Saúde Coletiva

**A SATISFAÇÃO COM OS SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA  
DO PONTO DE VISTA DAS PESSOAS COM DOENÇA  
FALCIFORME ..... 167**  
*Rejane Piton Lemos Santos*  
*Rosa Cândida Cordeiro*  
*Ana Paula Santos de Jesus*

**ESTRATÉGIAS DE REDUÇÃO DE DANOS ENTRE  
USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS (CAPSad) ..... 191**  
*Vânia Sampaio Alves*  
*Mônica de Oliveira Nunes*

**VIVÊNCIA DO ADOECIMENTO CRÔNICO:  
um estudo com pessoas acometidas pelo HTLV ..... 209**

*Maria da Conceição Costa Rivemales*

*Alana Queiroz Bastos*

*Ana Raquel Campos Almeida*

*Cintia Maria Moraes Carneiro*

**MALOCLUSÃO NA PRIMEIRA INFÂNCIA:  
fatores associados..... 227**

*Suely Pinto Teixeira de Morais*

**PRÁTICAS DE CUIDADOS DOMICILIARES:  
estudo de caso com famílias de portadores de hipertensão  
arterial sistêmica ..... 245**

*Livia Moreira de Souza Cedraz*

*Jeane Saskya Campos Tavares*

**EDUCAR E NUTRIR: uma experiência de educação alimentar  
e nutricional em Santo Antônio de Jesus..... 269**

*Patricia Araújo Damasceno*

*Heline Maica Coelho de Melo*

*Laís Lima de Jesus*

*Liliane de Jesus Bittencourt*

**UMA EXPERIÊNCIA COM DIPLEGIA ESPÁSTICA  
CEREBRAL E OS DEVIRES DO (MEU) SER PESSOA E  
BACHAREL(ANDA) EM SAÚDE:  
problematização e reflexividade a respeito de o normal e o  
patológico à luz de  
Georges Canguilhem..... 287**

*Críssia Maria Magalhães Santos*

*Fran Demétrio*

**A INTEGRALIDADE COMO ELEMENTO  
REORIENTADOR DO MODELO DE ATENÇÃO:  
estudo de caso em serviços de atenção primária à saúde..... 309**

*Luciana Alaíde Alves Santana*

*Marcos Pereira Santos*

*Gimena Barbosa Souza*

*Adriana dos Santos Silva*

**SOBRE OS AUTORES ..... 329**



# APRESENTAÇÃO

*Liliane de Jesus Bittencourt  
Flávia Conceição dos Santos Henrique  
Rosa Cândida Cordeiro*

Em julho de 2015, a Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) completa 10 (dez) anos de criação e, com esse mote e o estímulo institucional, representado pela chamada pública à publicação de livros, feita pela editora universitária (EDUFRB), a área de conhecimento Saúde Coletiva, do Centro de Ciências da Saúde (CCS), resolveu submeter a presente obra à comunidade UFRB e leitores interessados no tema com o duplo objetivo: de socializar a produção da área nesse período, como também oportunizar a reflexão coletiva sobre o percurso que vem sendo trilhado.

A UFRB, a segunda do estado em cinquenta anos, é instituição de ensino que nasceu como resposta ao sentimento e luta do povo do território de identidade do Recôncavo pela democratização do acesso ao ensino superior na Bahia; da necessidade de ter em seu território uma instituição federal de ensino superior que possibilitasse a inserção de sua população, sobretudo os jovens, em uma formação universitária de qualidade.

O território do Recôncavo é um dos mais antigos do estado da Bahia. Sua construção histórica, social, econômica e cultural remete ao início da colonização brasileira, e solicita intervenções públicas consistentes no sentido de integrá-la, com efetividade, ao processo de desenvolvimento econômico, social e resgatar o papel que a região, outrora, ocupou no cenário econômico do estado. Essa região caracteriza-se por ser tomada por um processo de marginalização e abandono, ocasionados por acontecimentos

como a implantação do Centro Industrial do Aratu, do Pólo Petroquímico de Camaçari e delimitação da Região Metropolitana de Salvador. Inicialmente caracterizada pela grande integração sócio-econômica, política e cultural com a capital do estado, passou a ser sinônimo de região cronicamente pobre e excluída (RISÉRIO, 2004)<sup>1</sup>. Nesse sentido, a implantação da UFRB, nesse território de identidade, ganha papel estratégico como capaz de contribuir à sua reestruturação socioeconômica e cultural.

Estruturada em multicampia, com centros de ensino em várias cidades do Recôncavo da Bahia, está sediado na cidade de Santo Antônio de Jesus, o Centro de Ciências da Saúde, no qual, inicialmente, funcionavam os cursos de Enfermagem, Nutrição e Psicologia e hoje conta, também, com o Bacharelado Interdisciplinar em Saúde, Medicina e Farmácia (em fase de implantação). Na estrutura desse Centro, existem áreas de conhecimento, instâncias que congregam docentes por campo de saber, e que possuem papel fundamental na concepção e organização acadêmica dos cursos e do Centro. Uma dessas áreas é a Saúde Coletiva, na qual coexistem docentes de todos os cursos do Centro.

Campo de conhecimento de natureza interdisciplinar, a saúde coletiva tem provocado nos profissionais da área da saúde e afins, um debruçar sobre os determinantes sociais do processo saúde/adoecimento/cuidado, nas suas diversas linhas disciplinares. Neste sentido, nada mais natural que os docentes da área da saúde coletiva, do Centro de Ciências da Saúde, tenham assumido a tarefa de aproximação com as questões referentes aos fatores relacionados a essa tríade, principalmente numa região da Bahia tão rica na sua diversidade, complexidade e, conseqüentemente, também com amplos problemas sociais, econômicos e de saúde.

Sabemos que o Recôncavo da Bahia, a despeito da sua beleza e riqueza cultural advindas especialmente da diversidade dos

---

1 RISÉRIO, A. *Uma história da cidade da Bahia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Versal, 2004., 619p.

seus povos, enfrenta historicamente, como um espectro fotográfico do nosso país, desigualdades que se refletem nas condições de vida e, por conseguinte, nas condições de saúde da população. Isto vem exigindo dos docentes, responsáveis por contribuir com a formação dos futuros profissionais que, espera-se, sejam sujeitos da transformação dessa realidade, um trabalho para além da troca de conhecimentos técnicos em sala de aula, mas aprofundamento de questões relevantes na área da saúde coletiva.

Essa coletânea, portanto, pretende apresentar o que vem sendo produzido ao longo dos 10 Anos de existência da UFRB, por parte dos docentes pertencentes à área da saúde coletiva, com o intuito não só de divulgação do conhecimento produzido, mas também de troca e diálogo entre os pares.

Encontra-se organizada em duas sessões: na primeira parte intitulada “Reflexões Políticas e Metodológicas no Campo da Saúde Coletiva” são apresentados sete textos que buscam questionar, avaliar, reavaliar, despertar a reflexão e lançar luz sobre temas que encontram ressonância com problemas e situações vivenciados na região. O segundo capítulo apresenta resultados de trabalhos empíricos desenvolvidos por discentes e docentes durante as atividades pedagógicas na graduação, bem como na pós-graduação. Esse capítulo se denomina “Estudos Empíricos e sua Contribuição para o Desenvolvimento da Saúde Coletiva” e apresenta oito textos que variam de pesquisas, estudos de caso e de revisão sobre doenças e agravos até experiências de extensão. Entendendo-se que este não é o primeiro livro produzido pelos docentes da área da saúde coletiva, espera-se que seja mais um a contribuir com o avanço dos estudos neste campo de conhecimento e, principalmente, mais um instrumento de aprimoramento da formação dos futuros profissionais da saúde, e que estes possam responder às exigências e necessidades do povo do Recôncavo e quiçá (não custa sonhar) do país.



PARTE I

**Reflexões Políticas e  
Metodológicas no Campo da  
Saúde Coletiva**



# APONTAMENTOS HISTÓRICOS SOBRE O CAMPO OBSTÉTRICO BRASILEIRO: percursos da hospitalização e da profissionalização do parto e nascimento<sup>1</sup>

*Ticiane Osvald Ramos*

## **Do parto em casa com parteiras ao parto médico hospitalar**

Até o fim do século XIX, os partos no Brasil aconteciam “quase exclusivamente”, em casa com parteiras, mesmo os casos complicados (MOTT, 2002b, 2005). Parir fora de casa era anormal, acontecia apenas em casos extremos, principalmente com mulheres pobres, indigentes, prostitutas e mães solteiras. Porém, existiram alguns tipos de instituições que promoviam algum cuidado para gestantes e parturientes fora do domicílio. Nessas, a assistência acontecia muito mais por razões sociais, do que indicações obstétricas. Existem registros, por exemplo, de “Casas de Maternidade” – a partir de meados de 1860-70 (MOTT, 2005) – mantidas por parteiras diplomadas, em sua maior parte, estrangeiras, em seus próprios domicílios ou clínicas próprias ou compartilhadas<sup>2</sup> – e “Casas de

- 
- 1 O texto deriva do terceiro capítulo (“O Campo da Assistência ao Parto”) da tese de doutorado da autora.
  - 2 Como aponta a historiadora (MOTT, 2005) em São Paulo, apenas uma é conhecida. O trabalho era realizado pela proprietária, outras parteiras e até médicos, nos casos complicados. Desde 1876, a legislação municipal do Rio de Janeiro obrigava que essas casas fossem dirigidas por médicos, o que foi letra morta por muitos anos. Nessas casas, as parteiras recebiam parturientes que precisavam parir, ou mesmo gestar, em segredo. Médicos desqualificavam as parteiras que recebiam clientes em casa, por suspeitarem da realização do aborto e pelo acolhimento de “desclassificadas”, prostitutas.

Saúde”, mantidas por médicos – aproximadamente a partir de 1850 (MOTT, 2005) – que contavam com parteiras, quartos particulares e enfermarias. Havia ainda as Santas Casas, serviços filantrópicos mantidos pela Igreja em situação bastante precária.

No Brasil, os primeiros discursos sobre a necessidade da criação de maternidades ocorreram no mesmo ano da criação das faculdades de medicina no Rio de Janeiro e na Bahia (1832), por meio do envio de propostas à Câmara Municipal do Rio de Janeiro, por Le Masson (cirurgião militar francês naturalizado brasileiro) e Madame Berthout (parteira diplomada francesa, parteira mestra da Santa Casa de Misericórdia) e eram ligadas à criação de cursos de formação para parteiras e médicos (BRENES, 2008). Embora com diferenças, as duas propostas eram parecidas e inspiradas no modelo francês de ensino, para parteiras em regime de internato em maternidades hospitalares. Colocavam-se enquanto propostas ajustadas aos interesses do Império, no sentido de iniciar uma política do nascimento voltada ou crescimento populacional e o controle dos abortos, infanticídios e abandono.

Apesar de procurarem combater a prática das “curiosas”, as propostas não receberam o necessário apoio para sua concretização, em virtude de representaram a autonomia no ensino de parteiras (mulheres), em relação às Faculdades de Medicina e não apresentarem viés eugênico. Através de um médico, Júlio Francisco Xavier, lente da cadeira de “Partos” na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro entre 1832 e 1856, que havia estudado em Paris, e conhecia os conflitos que lá se produziram entre as parteiras, os médicos e cirurgiões, as propostas foram rejeitadas. Júlio Xavier advogava pelo ensino de homens e pela autoridade da Faculdade de Medicina sobre o ensino, a regulamentação e as práticas no domínio da saúde. Por outro lado, na visão de Anayansi Brenes (2008), outras forças conservadoras contribuíram para o fracasso dessas propostas. A socióloga aponta que ambas propunham um atendimento universalista, sem distinção de raça, cor e classe social e deixa entender que, com a substituição do projeto natalista pela política de imigração com viés eugênico, o eugenismo pode ter sido um dos



fatores que impediu o ensino autônomo da obstetrícia no país, desde o Império. Fica clara também, a centralidade do ensino médico, já que, como apontam Riesco e Tsunehiro (2002, p. 450): “de 1832 até 1949, toda a legislação do ensino de parteiras esteve contida na legislação do ensino da medicina”.

Entretanto, a criação de um espaço circunscrito ao exercício da obstetrícia era uma questão de tempo, frente à uma necessidade que se estabelecia para a formação e treinamento de profissionais, sejam obstetizes ou médicos, e às novas formas de controle sobre o corpo da mulher que eram dispostas. As Santas Casas, em princípio, ficaram fora de questão, pois as irmãs de caridade se recusavam a ceder o espaço, em virtude do previsto atendimento de prostitutas e outras mulheres de perfil considerado imoral (MOTT, 2002b). E as “Casas de maternidade” (MOTT, 2002b, 2001) eram considerados estabelecimentos perniciosos, muito em virtude das precisas indicações sociais.

Como aponta Maria Lúcia Mott (2002b), no fim do século XIX começa a ser pregada a necessidade de maternidades para gestantes pobres e, em 1894, é fundada a Maternidade de São Paulo. No novo contexto republicano, a saúde das mulheres passou a interessar mais o governo, em virtude da preocupação populacional, com o povoamento da nação, com o fortalecimento da “raça”, baseada no eugenismo. A visão da mulher como reprodutora e a construção brasileira do “frágil gênero dócil” (BRENES, 1991), vinha a somar com essas finalidades e a preocupação natalista, foi mote para o Estado investir nos cursos de parteiras, para combater práticas de contracepção e aborto. A gestação e o parto começaram a ser identificados como doença, para assim defender a assistência médica gratuita e a necessidade de internações que, aliás, era traço da assistência promovida – a internação por semanas ou mesmo meses acontecia de acordo com o perfil da clientela, seja por indicações sociais, seja por mazelas físicas como a anemia profunda (MOTT, 2002b). Entretanto, entre Casas de Maternidade, Casas de Saúde e as incipientes maternidades hospitalares, dois tipos de clientelas se estabeleciam: mulheres pobres e indigentes – que serviam de

material de estudo aos profissionais em formação, e mulheres de classes favorecidas – que recebiam tratamento melhor, com roupa de cama limpa, por exemplo, até então, item de luxo<sup>3</sup>.

Nas primeiras décadas do século XX, no cenário da assistência obstétrica brasileira, encontravam-se mais médicos assistindo, mais escolas de medicina, existentes nas principais capitais do país e campanhas de valorização dos hospitais, apesar das parteiras diplomadas ainda atuarem de forma autônoma (MOTT, 2002b, 2005), atendendo nas casas das mulheres, suas próprias e “casas de maternidade” por elas fundadas. As maternidades já não eram sinônimos de morte e contavam com alguns avanços: diagnóstico por aparelhos, exames laboratoriais, raio-x, anestésicos (clorofórmio), realização de cesarianas in vivo, disseminação de novas ideias, como a teoria dos micróbios, maior atuação da indústria farmacêutica (produzindo o hormônio pituitrina, por exemplo), benefícios urbanos que ainda não eram estendidos à maioria das residências, como água encanada, luz, sistema de esgoto, acessos viários, etc. (MOTT, 2002b).

No mesmo passo, o parto em casa começava a ser visto pelos médicos como mais trabalhoso, pois precisavam de uma série de condições, exigências que passaram a ser vislumbradas sobre o ambiente, a casa, o quarto, os materiais disponíveis e os recursos humanos necessários (como uma enfermeira auxiliar à serviço do médico). Nesse sentido, o hospital passa a ser visto como o local que comporta as condições ideais para parir e nascer. Quando o parto ocorria no domicílio, era “(...) como se o hospital devesse ser transportado para casa” (MOTT, 2002b, p. 204), o que se tornava tarefa impossível nos contextos de casas pobres ou miseráveis.

A década de 1930, em relação a transição do local de parir, da casa para a maternidade (o que no Brasil significou hospital)

---

3 Inclusive, em anúncio de 1872, Mott (2005) localiza espécie de “casa de partos” (*villa d'accouchement*), mantida por parteira francesa. Ali, se recebia escravas como pensionistas, fornecendo assistência na gestação e no parto e depois essas mulheres eram alugadas como amas de leite.

foi marcante<sup>4</sup> (MOTT, 2002b, 2005, 2001). É quando passa a ser mais divulgada a evitação do parto em casa e os benefícios das maternidades, que se estendiam aos cuidados de enfermagem e à puericultura, aliadas às novas disposições que eram colocadas como confortos para as mulheres, como a hotelaria hospitalar (PROGIANTI, 2004) e os berçários. Isso também se reflete na literatura médica, na qual o hospital passa a ser recomendado como lugar mais seguro para a mulher parir.

Entretanto, não havia unanimidade entre profissionais e mulheres (MOTT, 2002b). Até fins dos anos 30, as parturientes não desejavam a internação e havia heterogeneidade entre os médicos: alguns a recomendavam sistematicamente apenas para as mulheres pobres e indigentes, e, também, como refúgio para o parto em segredo, assim como não era recomendação para todos casos de distocia. Essa, parecia não ser questão, mas sim as indicações sociais. Com isso, surgiam propostas alternativas. Como comenta Maria Lucia Mott (2002b), alguns médicos recomendavam a criação de serviços de atendimento domiciliar para mulheres pobres, na falta de maternidades, como forma de combater as “curiosas” e promover o parto em casa gratuito, com profissionais. Esses serviços poderiam se configurar, por exemplo, a partir de clínicas (“dispensários maternos”, como aponta Jane Progianti) que realizavam a triagem e encaminhavam profissionais para a casa das parturientes (inclusive, parteiras “leigas”, parteiras diplomadas e estudantes de medicina). Várias propostas e relatos de sucesso desses serviços podem ser localizados em anais de congressos médicos, nas primeiras décadas do século XX.

---

4 Ainda para essa época, é muito dificultosa a obtenção de dados. Porém, algumas informações são recolhidas por Maria Lúcia Mott (2002b): segundo levantamento de um médico do Rio de Janeiro, em 1922, cerca de 85,2% dos partos lá aconteciam com assistência de parteiras (“curiosas”); do levantamento de um médico de São Paulo, em 1945, cerca de 70,4% dos partos aconteciam em casa; sobre o número de maternidades em São Paulo, até a década de 1920, existiam apenas duas maternidades (mais as Santas Casas) e na transição das décadas de 30 e 40, surgiram cerca de 14 maternidades e hospitais com leitos obstétricos, principalmente leitos para pagantes.

Jane Progianti (2004) comenta o Serviço Obstétrico Domiciliar ao lado de outras propostas de organização do campo obstétrico, que coexistiram no Rio de Janeiro, dos anos 1920 até a década de 1950. Além do Serviço Obstétrico Domiciliar, também se colocavam as propostas-modelo da filantropia, e as de autoria dos médicos Clóvis Corrêa da Costa e Fernando Magalhães. O modelo filantrópico contava com uma maternidade e um serviço ambulatorio de parto domiciliar, com parteiras “curiosas”, que atendiam mulheres pobres do subúrbio. A proposta de Clóvis Corrêa da Costa, de 1936, constituía de um modelo integrado com uma rede de consultórios de pré-natal e “higiene infantil”, espalhadas em bairros da cidade, articulados com uma maternidade e um serviço obstétrico domiciliar central, com transporte das parteiras. Finalmente, a proposta que realmente ganhou terreno e concretização, a partir de 1934, foi a de Fernando Magalhães, que incluía uma rede de maternidades em pontos diversos da cidade do Rio, com controle estatal e médico no campo. Segundo Jane Progianti, apesar de todas propostas buscarem o cerceamento da prática das parteiras “curiosas”, construindo, ao mesmo tempo, a pirâmide hierárquica no campo obstétrico brasileiro, a proposta de Magalhães foi “vencedora”, por reunir interesses políticos poderosos, dentro e fora do campo. Estavam em jogo empregos e obras públicas, a lucratividade para os hospitais, a política populista de Vargas, a hegemonia médica, o apoio da Igreja Católica (pelo controle da sexualidade e redução dos abortos). Após a lenta transição com base nesse modelo, chegamos ao que é ainda hoje, reproduzido: um modelo de assistência hospitalar individualizado, masculino e médico, já que a assistência tipicamente feminina, a domiciliar, foi alijada do campo. Os demais modelos, essencialmente, eram serviços alternativos, e o novo modelo era mesmo o da hospitalização com atendimento médico, também sinônimo de civilização.

O período que, para o Brasil foi determinante em relação à hospitalização do parto, parece também ter sido para outros países, como a França. O país, no entre guerras (1919-1939), viveu uma verdadeira catástrofe demográfica e os poderes públicos se

tornaram cada vez mais sensíveis aos movimentos pela natalidade, com repressão das práticas abortivas e contraceptivas, ajudas financeiras às famílias e outras iniciativas. Como afirma Françoise Thébaud (2002, p. 417): “a proteção da maternidade significou sua medicalização, essencialmente através da instituição-Maternidade”, lugar que passou, portanto, a ser o local adequado, representando a alternativa higiênica e racional para a assistência ao parto, juntamente com o crescimento do corpo de parteiros (médicos) dos hospitais. Paulatinamente, juntamente com a valorização das maternidades, ocorria também a valorização dos parteiros-médicos, em detrimento das parteiras diplomadas. Elas enfrentavam a perda de autonomia, concorrência com variadas categorias (paramédicos, enfermeiras, assistentes sociais), e, sobretudo, a concorrência com os médicos, que podiam dispor de telefone e veículo, com maior frequência, além de benefícios da Seguridade Social, uso de oxitócitos e instrumentos no parto.

Porém, mais importante do que ressaltar o declínio da profissão de parteira, é reconhecer que havia uma diversidade de condições (elas ainda tinham melhor distribuição geográfica, experiência e disponibilidade para as parturientes), mas que a “época de ouro” das parteiras (o século XIX), chegava ao seu fim. A medida que esse processo avançava, também os discursos se alinhavam em torno do enfrentamento da mortalidade materna e neonatal e a maternidade, de um lado, era *locus* do controle das “ameaças”, como a febre puerperal, e de outro, marcava a vivência das mulheres pela solidão e submissão à autoridade médica, no interior das maternidades.

### **De parteiras comadres às diplomadas em obstetrícia e enfermagem obstétrica**

Se a década de 1930 e o período entre guerras demarcam a hospitalização do parto, é aproximadamente um século antes que, segundo Maria Lucia Mott (2005), no Brasil, na década de 1830

marca início da mudança no perfil das parteiras, com o crescimento das diplomadas, produzindo efeitos também sobre o local da assistência. No Rio de Janeiro, a chegada da Família Real no Brasil em 1808, é identificada como um marco que agudiza a necessidade de europeizar e higienizar a colônia – como também apontam Costa (2006) e Rodhen (2001) – com vistas ao fortalecimento do cosmopolitismo e da economia de mercado. Em São Paulo, as mudanças vieram mais tarde, por volta de 1890, quando inicia uma campanha de descrédito às comadres, em virtude da crescente concorrência entre diplomadas formadas, diplomadas reconhecidas (muitas estrangeiras) e médicos<sup>5</sup>.

---

5 As diplomadas, assim como a “nova parteira” no Japão (HOMEI, 2002), tinham um perfil novo, precisando conquistar um lugar, traçando estratégias, de inserção no mercado. Entre essas estratégias, evidenciadas por Maria Lúcia Mott (2005) estavam as formas de divulgação do ofício: desde cruzeiros brancos nas portas de casa, placas com nome, profissão, desenhos alegóricos na porta de casa e/ou consultórios, distribuição de folhetos nas ruas, até os anúncios em periódicos. Nos anúncios classificados, Maria Lúcia Mott (2005, 120) identifica como informações principais “(...) o nome, o endereço, o horário de atendimento, as qualificações profissionais, os serviços prestados, e aquilo que chamariam de “informes gerais” como mudanças de endereço, partida e chegada de viagem”, com o passar do tempo, surgiam também fotos e ilustrações. Os títulos, de “Madame” ou “Viúva/Veuve” demonstram a influência francesa e os endereços revelam que várias parteiras moravam na mesma casa, prédio, vizinhança, provavelmente estabelecendo um tipo de sociabilidade voltada para a confluência de interesses profissionais, a divisão de despesas, o compartilhamento de clientela e a visibilidade, como aponta Maria Lúcia Mott. Informações como a necessidade de acordos para chamados noturnos, atendimentos fora da cidade, uso de telefones, endereços, demonstrações de compromisso, realização de consultação em casa ou consultórios (compartilhado com parteiras ou mesmo, raramente, médicos), segundo disponibilidade limitada por horários são elementos importantes que nos fazem pensar nas diferenças, tanto dantes, quanto hoje, do atendimento ao parto nos contextos rural e urbano, grandes e pequenas cidades. As estruturas e aparelhos públicos e privados disponíveis desenham diferenças e singularidades importantes, que devem sempre serem lembradas. Grande parte desses anúncios eram publicados por parteiras estrangeiras, apresentando

Para acessar essa transição (do perfil das parteiras e local da assistência) e compreender melhor como se deu a inserção no mercado de trabalho urbano de parteiras diplomadas, no Rio de Janeiro e em São Paulo, entre 1830-1930, Maria Lúcia Mott (2005), se debruça ainda sobre anúncios de classificados, cartas de leitores, reportagens de jornais, almanaques e revistas. Merece destaque aqui, as referências de experiência, que, incluindo locais de trabalho, começam a aparecer na virada do século: os hospitais começam a aparecer como local de prática e formação. Segundo Maria Lúcia Mott, vários tipos de atividades eram anunciadas pelas parteiras diplomadas, para muito além da assistência ao parto<sup>6</sup>, até mesmo há registro de “consulta por correspondência”, prática médica comum (MARQUES, 2002, 2003). A autora assim problematiza:

Desde 1876 as parteiras estavam proibidas, por lei, de exercer qualquer função além de fazer partos normais e prestar os primeiros cuidados aos recém-nascidos (MOTT, 1998). A proibição de cuidar

---

sua nacionalidade, formação, titulação, proficiência em idiomas, sendo, por vezes escritos em outros idiomas. Eram anúncios voltados para comunidades de imigrantes ou para o público geral, em que o português era importante para as estrangeiras e outras línguas se faziam importantes para as brasileiras. A clientela atendida também era comentada segundo a origem social e étnica: algumas declaravam atender universalmente – o que era visto positivamente como parte do perfil de uma boa parteira (que devia ser humanitária).

- 6 A autora classifica seis tipos de atividades, entre competências e atribuições: “1. voltadas para a saúde da mãe e do recém-nascido (gravidez, parto, puerpério, tratamento de umbigo); 2. em torno da vida sexual e reprodutiva das mulheres (contracepção, aborto, infertilidade, reconstituição da virgindade); 3. tratamento ginecológico (“doenças de senhoras”); 4. alojamento e tratamento de parturientes e doentes; 5. comerciais (aluguel de ama-de-leite); e 6. de “redistribuição” de recém-nascidos, atividade nem sempre dentro da legalidade. O leque, porém, é mais amplo, conforme apontado por outras fontes (literatura médica, livros de memórias e depoimentos). Veja-se, por exemplo, o papel de perita em exames médico-legais, conforme exercido por Mme Durocher” (2005, p. 126).

de “doenças de senhoras” foi letra morta, até as primeiras décadas do século XX. As páginas dos jornais são pródigas de exemplos de parteiras que infringiam a lei (2005, p. 127).

O material analisado pela autora também demonstra tensões, disputas, conflitos e negociações: parteiras diplomadas “não raro” denunciavam “colegas de profissão leigas”, individualmente ou por meio de ações coletivas. Nesse sentido, Maria Lucia Mott afirma:

Tal atitude aponta para relações hierarquizadas e disciplinadoras na própria categoria. Tinha como objetivo restringir o número de praticantes, como também valorizar, através da diferenciação, as profissionais diplomadas, consideradas mais qualificadas, das menos qualificadas, “curiosas” sem diploma e/ou registro profissional (2005, p. 132).

A hierarquização se mostra, portanto, presente no contexto brasileiro ao passo que desenvolviam-se estratégias de formação, profissionalização e regulamentação do campo obstétrico, e desdobra-se em relação à todas as categorias que o compõem, assim como em outros países, como o Japão (HOMEI, 2002) e a França (THÉBAUD, 2002; BEAUVALET-BOUTOUYRIE, 2002). Entre os médicos, havia os que denunciavam e acusavam parteiras e os que as apoiavam (inclusive fornecendo cartas de recomendação para diplomadas), porém em condição de subalternidade. Mas apesar das denúncias, o que o material analisado nessa pesquisa revela é que:

Diferentemente da associação à falta de qualidade, ignorância, conservadorismo, largamente difundida pela literatura médica brasileira desde as primeiras décadas do século XIX, a documentação indica que as parteiras diplomadas incorporaram rapidamente inovações, foram agentes de civilização e de modernidade. Indica também que muitas parteiras nacionais e estrangeiras tiveram credibilidade social,



carreiras sólidas, sucesso profissional, permanecendo na profissão ao longo de suas vidas (2005, p. 134).

O mais famoso desses casos de sucesso e longa carreira, é o caso da parteira conhecida como Madame Durocher. Primeira parteira diplomada no Brasil, em 1834, no Rio de Janeiro, Marie Josephine Mathilde Durocher (1809-1893) reuniu em sua trajetória várias condições singulares e excepcionais. No momento em que assume-se parteira, também naturaliza-se brasileira e passa a vestir-se como homem. Foi a única parteira reconhecida na Imperial Academia de Medicina, tendo também publicado vários artigos sobre temas obstétricos, teve muito prestígio, inclusive como parteira da casa imperial. Sua vida e legado foi vastamente comentado por Maria Lúcia Mott (por exemplo em 1994 e 2005) e é constantemente resgatada em artigos e discussões na área obstétrica.

Voltado a um escopo de análise mais alargado, é necessário ressaltar a importância das disposições legislativas, que permitem mudanças, inicialmente institucionais, cerceando as atividades de parteiras, mas levaram (bem como ainda levam) a um quadro muito maior de mudanças, a saber, uma nova configuração da hierarquia entre os profissionais do campo e a definição de um novo território social legítimo para a assistência ao parto. Assim, os períodos de transição entre diferentes modelos de assistência obstétrica, nos quais são revistas as configurações das hierarquias profissionais, parecem acompanhar, em diferentes localizações, mudanças sobre os locais da assistência.

O caso japonês (assim como o francês) também ilustra a influência das disposições legislativas e a relação entre a configuração de hierarquias profissionais e mudanças nos territórios sociais da assistência ao parto. Embora no Japão, a formação de médicos ginecologistas-obstetras, seja bem anterior<sup>7</sup>, também é no século XIX que se inicia a regulamentação da prática de parteiras, seu

---

7 A partir das primeiras escolas de medicina no período Edo (1603-1867).

treinamento, formação e conseqüente criminalização (HOMEI, 2002). As regulamentações parecem ter a tendência de acontecerem a partir das entidades médicas (como comentam intensivamente para o caso brasileiro Maria Lúcia Mott e Maria Luiza Riesco).

Mesmo com todas essas mudanças “modernizadoras” o Japão até o primeiro quarto do século XX, contava com altas taxas de mortalidade materna e infantil, que foram atacadas, entre outras medidas, pela atuação de “enfermeiras-visitadoras”. Mais uma nova política que firmava a atuação, já em maioria, das *shin-sanba* (obstettrizes), que passaram a dominar todos os territórios do parto: o domicílio, hospitais e entidades filantrópicas. Para Aya Homei, a obstetrix, no contexto da modernização, passou a exercer o poder e o controle sobre as parturientes e suas famílias, levando para o domicílio o “parto domiciliar medicalizado”.

Nesse sentido, cabe uma reflexão sobre a necessidade de contextualizar o que se considera “medicalizado”. *A priori*, não se pode equivaler medicalização e um ou outro território social (o hospital ou o domicílio), ou classe profissional (médicos, enfermeiras obstetras, obstettrizes e parteiras). Ainda mais pelo fato de a heterogeneidade sempre se fazer presente. Nesse contexto, por exemplo, Aya Homei lembra que pela concorrência de mercado e a necessidade de aprendizado prático, muitas vezes a hierarquia entre as obstettrizes e as parteiras antigas (*kyû-sanba*), era subvertida e restava como mera retórica. Além disso, a medicalização está necessariamente ligada a outros processos sociais e deve ser sempre revista segundo singularidades contextuais.

A historiadora Rita de Cássia Marques (2003, 2004), por exemplo, argumenta pela relativização da força do discurso médico no processo de institucionalização da medicina, na relação médico-paciente na ginecologia. Na visão da autora, que se debruçou pontualmente sobre o período de 1907-1939, em Belo Horizonte, a moralidade e a religião foram forças fundamentais, com as quais os médicos tiveram que lidar para ganhar a confiança das mulheres, ou daqueles que, em verdade, eram “os guardiões do corpo feminino”,

seus maridos e familiares homens (MARQUES, 2003). Até o século XIX, apenas as parteiras acessavam o corpo feminino e mesmo com a paulatina atuação dos parteiros em casos complicados, o contato era evitado, como evidencia Rita Marques ao descrever a “posição inglesa”: o parteiro ficava às costas da parturiente que, deitada e virada para o lado oposto, evitava, inclusive, o contato visual com o parteiro (MARQUES, 2004). Além disso, na ginecologia, eram bastante comuns as consultas por meio de cartas e o acompanhamento via relatórios encaminhados aos médicos pelos homens familiares das pacientes (MARQUES, 2003, 2004). Em contrapartida, os médicos deveriam manter o decoro e a decência, demonstrado em gestos de caridade, respeito à moralidade e aos costumes, compaixão e sigilo, entre outros (MARQUES, 2003).

Tonia Costa (2006), explorando o campo da reprodução, trabalha com a ideia de que os processos de medicalização e naturalização estabeleceram o controle social sobre o corpo feminino, estando especialmente ligados à extinção dos curadores populares e ao projeto higienista da modernidade. Para Costa, por meio da medicalização, a figura do médico é associada não apenas à cura, mas também ao posicionamento político e normatizador das condutas e da moralidade. Com a organização da profissão e a legitimidade garantida pela formação educacional universitária, ganhou-se o espaço necessário para estabelecer aqueles que estariam fora dessa nova ordem: toda sorte de curadores populares, identificados como charlatões, incluindo as parteiras. A autora afirma:

Esse papel decorre do projeto de higienização iniciado no espaço público das cidades, que vai se interiorizando nos lares, no espaço privado das famílias. Por meio da regulação dos indivíduos, para adaptá-los a uma nova ordem, há a produção de características corporais, sentimentais e sociais. O Estado moderno, movido por interesses industriais, necessita manter o controle – demográfico e político – da população adequado a essa finalidade. Para tal, deveria atacar a estrutura organizacional da população, ou seja, a

família (Costa, 1983). O objetivo era disciplinar a concepção e os cuidados físicos dos filhos e, para as famílias pobres, prevenir as perigosas “consequências políticas da miséria e do pauperismo” (Costa, 1979, p.51) (COSTA, 1989, p. 366).

Todo um novo ordenamento social é promovido pelo projeto higienista, cujas bases se encontram nas doutrinas positivista e eugenista. Sobre a mulher, recai toda moralidade da época, que atestava sua inferioridade em relação ao homem e sua submissão à natureza reprodutiva. A mulher, naturalmente sujeita aos desígnios dos órgãos reprodutivos, possuía assim uma normalidade potencialmente patológica e a ginecologia surge como a ciência voltada para a manutenção da normalidade feminina e a correção dos desvios. Como desdobramentos desse quadro, de um lado a exaltação da maternidade, com vistas ao povoamento, de outro a tentativa eugênica de organizar a natalidade, que no discurso brasileiro, figurava como medida para diminuição da pobreza, mas na prática recaía sobre as populações pobres, indígenas e negras. A medicalização da reprodução foi essencial nesse processo, sendo responsável direta, por exemplo, pelas iniciativas de esterilização, as altas taxas de cesarianas, a patologização da gravidez na adolescência e da ausência de filhos.

O projeto higienista brasileiro, como em outros contextos, demandou mudanças legais, institucionais e culturais. A instauração da nova República no país, foi marcada também pela revisão do código penal e, na área da saúde, passa a ser crime o exercício da medicina sem habilitação, segundo o decreto 169, que reorganizou o Serviço Sanitário brasileira e deu atenção especial às parteiras. A partir de outro decreto (2.548, de 1897), formaliza-se a estratégia de descentralização, sendo que o Estado passa a atuar apenas quando estados e municípios não tivessem legislação própria (MOTT, 2001).

Como expõem Maria Lúcia Mott (2001), o caso do estado de São Paulo é interessante no sentido da trajetória que o campo segue no país, marcado por muitas transformações e a lenta transição para o modelo de formação a partir da enfermagem. O governo paulista

organiza e reorganiza seus serviços de saúde, respectivamente, em 1893 e 1896, quando passa a ser necessário, para atuação como parteira, registro na diretoria do Serviço Sanitário. Em 1899, para a ser necessário realização de exame para prática na cidade, desempenhado pela Escola Livre de Farmácia que, em 1902, passa a oferecer os cursos de Odontologia e Obstetrícia, se tornando a primeira escola de obstetrícia em São Paulo, nomeada Escola Livre de Farmácia, Odontologia e Obstetrícia (ELFOO). Em dez anos de funcionamento, a escola formou apenas dezessete parteiras, e no ano de sua extinção, curiosamente, mais nove. Em 1908, legitimam-se as duas vias comuns de legalização: formação ou registro por meio de exame e/ou reconhecimento da formação. Novas proibições foram feitas, dentre elas a realização de consultas e tratamentos ginecológicos, atuação em distocias, administração de medicamentos e, uma das principais, a restrição de atendimento em sua própria residência ou outro local com caráter de enfermaria ou maternidade. Entretanto, essas proibições eram, novamente, mais teóricas que práticas, sobretudo aquelas incidindo em atendimentos ginecológicos e os locais de atendimento.

À medida que se estabeleciam tais regulamentações, firmando cada vez mais a profissionalização no campo, a literatura médica as refletia em críticas às parteiras “leigas”: eram acusadas de ignorância, falta de higiene, manobras incorretas, uso inadequado de medicamentos, por exemplo. E, para as parteiras diplomadas, a inobservância da assepsia e preceitos obstétricos, a imperícia e a atuação com tuberculose ou outras doenças, eram apenas alguns dos alvos para penalidades. Entretanto, a fiscalização não tinha rigor até as primeiras décadas do século XX e, além do mais, como afirma Mott (2001): “As parteiras práticas continuaram a exercer a profissão, amparadas pelas parturientes, pelos médicos e até mesmo pela Justiça”, sendo que os atendimentos de médicos também não eram unanimidade. Esse quadro leva a autora a perguntar:

Qual então o papel, o lugar das parteiras na sociedade paulista nas primeiras décadas do século?

Como se viu, a legislação restringiu seu papel ao parto normal, reforçou sua posição subalterna aos médicos, bem como limitou sua atuação, colocando-as sob maior supervisão, quando proibiu que recebessem parturientes pensionistas. Embora fossem frequentemente criticadas por uma parcela da classe médica, eram vistas como necessárias, devendo por isso passar por um aprendizado feito numa escola sob supervisão de médicos (2001, p. 50).

A própria autora fornece as pistas para a resposta. O lugar das parteiras foi paulatinamente sendo restringido – por meio de reservas às práticas em si e aos locais de atendimento, a formação em dependência ao modelo médico, o supervisionamento e a fiscalização – para que passassem a atuar como subordinadas dos médicos, em tarefas consideradas menores. Em 1912, é criado o Curso de Partos da Maternidade São Paulo, no qual, segundo Maria Lucia Mott (2001), a formação ainda permitia a atuação autônoma. No entanto, no mesmo ano, é criada a Escola de Enfermeiros e Parteiras na Santa Casa de Misericórdia de Santos, que marca um novo paradigma, e inicia uma lenta transição, característica da virada do século:

A documentação sugere que na virada do século, já se podia perceber que a associação entre parteiras e enfermeiras torna-se mais freqüente, não ocorrendo apenas em alguns cursos para formação profissional, como no acima mencionado, mas também no cotidiano de trabalho. Passara a existir a expectativa de que a parteira fosse também enfermeira. Na hospedaria dos Imigrantes, em São Paulo, por exemplo, havia o cargo de «parteira-enfermeira», que aliás foi extinto em 1899, quando o serviço de partos ficou a cargo do médico e foi criado o cargo de enfermeira. Outro sinal dos novos tempos: as parteiras pouco a pouco viram suas antigas atribuições apropriadas, em parte, pelo exercício da Obstetrícia pelos médicos, em parte,

pelas enfermeiras, devido entre outras razões, à crescente importância da Medicina Preventiva e às modificações e ampliações dos serviços de saúde, tais como a criação de hospitais, maternidades e centros de saúde. Apesar desses sinais de mudança a parteira leiga ainda mantinha primazia no atendimento ao parto (2001, p. 53).

Assim, segundo Maria Luzia Riesco e Maria Alice Tsunechiro (2002), o modelo de formação de parteiras-obstetrias foi sendo substituído pelo modelo de especialização pela enfermagem, representando para a categoria, maiores limitações, controle, hierarquização e segregação espacial (com a restrição ao ambiente hospitalar):

A associação do trabalho da parteira e da enfermeira foi sendo cogitada já no final do século XIX, quando médicos brasileiros passaram a propor a formação profissional de parteiras que fossem também enfermeiras. Com essa perspectiva, buscavam-se mudanças na atuação das parteiras, limitando sua prática independente, restringindo e controlando seu espaço na assistência ao parto e impondo a hierarquia estabelecida para as enfermeiras, especialmente no hospital (2002, p. 450).

Entretanto, como lembra Jane Progianti (2004), a transição para o modelo de hospitalização do parto, interessava fortemente a classe das enfermeiras, pois ali se encontravam em melhor posicionamento, se de um lado tinham menos poderes que os médicos, asseguravam mais poder e legitimidade que as parteiras. As mudanças foram acontecendo lentamente, em tempos distintos, nos dois principais centros formadores brasileiros, Rio de Janeiro e São Paulo (RIESCO; TSUNECHIRO, 2002), em direção à extinção dos cursos de parteiras e à criação de cursos de enfermeiras de maternidades anexos às faculdades de medicina:

Tabela 1 – Principais modificações na transição entre os modelos de formação de parteiras e enfermeiras obstétricas, no Rio de Janeiro e em São Paulo entre as décadas de 1920 e 1970.

Rio de Janeiro	São Paulo
<b>1925:</b> o curso de parteiras da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro foi encerrado.	<b>1939:</b> foi fundado o Curso de Enfermagem Obstétrica anexo à Clínica Obstétrica da Escola Paulista de Medicina, tendo formado apenas uma turma. Posteriormente, as alunas deveriam iniciar o curso com formação em enfermagem geral e, nos últimos três semestres, cursar cadeiras especializadas em Obstetrícia.
<b>1927:</b> o currículo da Escola de Parteiras de São Paulo sofreu alterações e a disciplina Enfermagem Geral foi incluída no programa.	<b>A partir de 1949:</b> as modificações acabaram sendo incorporadas à legislação. As escolas de enfermagem passaram, oficialmente, a formar enfermeiras obstétricas. A portadora de diploma de enfermeira podia frequentar o Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica e, ao final de um ano, receber o certificado de enfermeira obstétrica.
<b>1931:</b> a escola passou a denominar-se Escola de Obstetrícia e Enfermagem Especializada, o currículo foi direcionado ao ensino da enfermagem e o curso passou a ter a duração de três anos; ao seu final, as alunas obtinham, além do título de Parteira, o de Enfermeira Especializada.	<b>1971:</b> incorporação da Escola de Obstetrícia da Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina da USP (Escola de Parteiras da Maternidade de São Paulo) à Faculdade de Enfermagem da USP.

Fonte: RIESCO, Maria Luiza Gonzalez; TSUNECHIRO, Maria Alice. Formação profissional de obstetrizes e enfermeiras obstétricas: velhos problemas ou novas possibilidades? **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 10, n. 2, jul. 2002.



Como comentam Maria Luzia Riesco e Maria Alice Tsunehiro (2002), na década de 1960, o Conselho Federal de Educação tenta uma solução conciliatória, estabelecendo o curso de obstetrícia com novo currículo e duração de três anos, articulado ao curso de enfermagem por meio de um tronco comum de dois anos. Assim, tanto enfermeiras quanto obstetritz, poderiam fazer a complementação de estudos de um ano para uma especialidade ou outra. Na década de 1970: novas reformas universitárias (para evitar a duplicação de cursos com a mesma finalidade) fundiram os currículos de ambos os cursos estabelecendo uma fase pré-profissional, o tronco comum e três habilitações possíveis: enfermeira obstétrica/obstetritz, enfermeiro médico-cirúrgico e enfermeiro de saúde pública. Assim, a partir de 1972, se completa a transição para a exclusividade da formação de não-médicos, para assistência ao parto a partir da enfermagem. Assim como na primeira transição profissional do campo, que instaurou os cursos de parteiras diplomadas no modelo da obstetrícia, a segunda transição, para o modelo de formação a partir da enfermagem foi marcado por conflitos. Maria Luzia Riesco e Maria Alice Tsunehiro (2002), comentam esses conflitos, ressaltando os diferentes “lados” e vieses:

Os dois tipos de formação eram oferecidos, e os cursos de enfermagem e de obstetrícia funcionavam de maneira independente. Com a crescente hospitalização do parto, o campo de atuação das parteiras passou a ser objeto de disputa entre estas, as enfermeiras e os médicos, e uma grande polêmica foi gerada entre enfermeiras e parteiras. De um lado, as enfermeiras não aceitavam que as parteiras formadas pelos médicos nos cursos anexos às clínicas obstétricas das faculdades de medicina recebessem o título de enfermeira obstétrica e lutavam por consolidar o curso como uma especialidade da enfermagem. Para elas, os cursos de parteira, denominados de enfermagem obstétrica, eram um exemplo de especialização sem base, uma

vez que a formação anterior em enfermagem não era exigida das candidatas. Por outro lado, as parteiras argumentavam que no mundo inteiro o ensino da obstetrícia era responsabilidade de médicos, professores da clínica obstétrica, e que a enfermagem e a obstetrícia eram profissões afins, porém distintas, não sendo possível conferir às enfermeiras com um ano de especialização as mesmas competências e prerrogativas asseguradas àquelas que faziam o curso de obstetrícia (2002, p. 451).

### **Antigas hierarquizações e proposições contemporâneas**

Ao passo que novas hierarquizações e territórios se estabelecem, as mudanças vão se consolidando. Assim, deu-se a transição do modelo de formação de parteiras e obstetrias, para o modelo de formação de enfermeiras obstétricas e a coexistência de diferentes territórios sociais para o parto, pela hegemonia do parto hospitalar no Brasil. Como apresenta a socióloga Anayansi Correa Brenes (1991), no processo de desenvolvimento da obstetrícia médica brasileira, se colocavam dois grandes problemas: a necessidade de um local em que o corpo feminino pudesse ser observado e a necessidade de fazer com que os corpos femininos chegassem até esse local. A hospitalização, foi a solução encontrada, ao mesmo tempo um processo, envolvido com outras condições como a construção de uma subjetividade feminina baseada na fragilidade e uma sexualidade baseada na anormalidade e na doença. Assim, os médicos passaram a ser reconhecidos como os únicos conhecedores legítimos da mulher, como diria Fabíola Rodhen (2001), os prescritores da ciência da diferença (a ginecologia e a obstetrícia), e, por extensão, os únicos sujeitos legítimos para observar e manipular o corpo feminino com “isenção” e precisão, sendo as profissionais enfermeiras suas auxiliares nessa tarefa. À mesma década de 1970, que marca a substituição da formação de parteiras e obstetrias por enfermeiras, no Brasil, também coincide

com a expansão dos cursos de medicina no país, que duplicam no período de 1965 a 1971 (OSAVA, 1997). Ruth Osava comenta que essa mudança estrutural, também modifica as práticas profissionais, no interior das maternidades por exemplo, as enfermeiras paulatinamente também perdem seu espaço de assistência do parto em si, “(...) se aperfeiçoando na arte de economizar o tempo do médico, sincronizando o trabalho de parto com a chegada do obstetra no hospital” (1997, p. 5), à mesma maneira que comenta Brigitte Jordan (1997) em um *setting* hospitalar americano.

As diferenciações presentes no processo de hierarquização se manifestam também na questão da própria questão das nomeações, que pode ser entendida como um ponto de partida da auto-definição dos agentes de saúde. Partindo de uma tentativa de alinhamento conceitual proposto por enfermeiras obstétricas, por exemplo, podemos ver o quanto os posicionamentos no campo sempre influenciam a questão das nomeações e definições<sup>8</sup>. Textualmente, Maria Luiza Riesco e Maria Alice Tsunehiro (2002) trabalham, mais genericamente, a parteira como aquela que assiste partos. Entretanto, fazem distinções entre categorias:

As profissões de enfermeira, parteira, obstetrix e enfermeira obstétrica, em sua origem, formação e exercício profissional, são diferenciadas. Parteira é o título mais antigo dessa profissional, posteriormente denominada enfermeira obstétrica e obstetrix. Enfermeira obstetra é a denominação mais recente e consolida a formação de enfermeira (substantivo), adjetivada pela titulação de especialista na área (obstetra, como adjetivo). Embora pareçam nuances de menor importância, traduzem modificações na legislação de ensino e na concepção quanto à

---

8 Além da questão da denominação ocupacional e profissional é importante observar a recorrente nomenclatura masculina da maior parte das enfermeiras obstétricas, como as participantes dessa pesquisa, que frequentemente referem-se a si e ao seu coletivo como “enfermeiro” ou “enfermeiros”.

modalidade de formação e da própria profissão  
(2002, p. 449)

As diferenças entre os termos são anunciadas e descritas. A parteira, sem nenhum adjetivo, também é considerada, historicamente, uma categoria profissional, e se observa que as autoras trazem à tona, praticamente, um alinhamento evolutivo, considerando parteira, enfermeira obstétrica e obstetritz, como profissionais<sup>9</sup>. Em outro texto, dessa vez em parceria com Rosa Maria Fonseca, Maria Luiza Riesco (2002) parece utilizar o termo parteira como sinônimo do não-médico na assistência ao parto.

Também é interessante notar que são concepções apresentadas como parte de uma proposta posteriormente revelada, que foi a criação de novos cursos para formação de obstetrizes no país. Apresentada pelas autoras como “nova” obstetritz, essa profissional é identificada a partir de competências como: entendimento da reprodução como fenômeno singular, contínuo e saudável, processo assistencial interativo e colaborativo, decisões articuladas, entre outras características, pelo julgamento intuitivo, interdisciplinaridade, responsabilidade ético-política, autonomia profissional, entre outras.

A construção desse perfil esteve intrinsecamente ligada à proposta de criação do curso de obstetrícia na USP Leste que, reativando esse tipo de formação no Brasil, ocorreu em 2005. São, portanto, textos históricos que apresentam a discursividade de, um lado, de parte da classe da enfermagem obstétrica brasileira que, e de outro lado, as obstetrizes brasileiras. Cabe perguntar entretanto, se estaríamos reproduzindo o discurso da novidade sobre uma classe profissional que, para além de diferenciá-la do existente, busca legitimidade, como em outros tempos e lugares (HOMEI, 2002; MOTT, 2005; THÉBAUD, 2002;

---

9 A International Confederation of Midwives (ICM), entidade internacional das obstetrizes ainda considera nesse rol, parteiras tradicionais e auxiliar de obstetritz (RIESCO; TSUNECIRO, 2002).

BEAUVALET-BOUTOUYRIE, 2002). Problematização que se faz necessária quando a discursividade, mais uma vez, revela contradições que parecem inerentes ao campo – a questão do controle, da hierarquia de complexidade entre as práticas e os profissionais e a assunção do diferente como “leigo” – como pode ser visto nos trechos abaixo.

As razões para que parteira esteja em evidência podem ser várias, destacando-se entre elas, que a falta da parteira contribui para o aumento das taxas de cesarianas, pois não há quem **controle o trabalho de parto para que ele evolua normalmente** (RIESCO; FONSECA, 2002, p. 686, grifos meus).

(...) a parteira, assumindo **atribuições menos complexas** na assistência obstétrica, liberaria o médico para realizar atividades especializadas e, recebendo **remuneração menor que o médico**, diminuiria os custos na prestação de serviços de saúde, tanto na rede pública, quanto na privada (RIESCO; FONSECA, 2002, p. 686, grifos meus).

Ainda segundo os discursos<sup>10</sup>, o parto assistido por pessoal leigo é **admissível somente em regiões afastadas e em condições de carência de leitos hospitalares** (RIESCO; FONSECA, 2002, p. 688, grifos meus).

É interessante observar como as diferentes nomeações e concepções se manifestam ao longo das décadas, na paulatina mudança implicada nos processos de construção e reconstrução das profissões. A preocupação em nomear adequadamente, explicitar

---

10 Discursos analisados no artigo citado, a partir de pesquisa com “duas obstetrias, duas enfermeiras obstétricas, uma enfermeira de saúde pública, três médicos obstetras e uma médica sanitária” (RIESCO; FONSECA, 2002, p. 687).

os atributos e qualidades necessários, e afirmar o sistema de conhecimentos que suporta as práticas no campo se manifesta, por exemplo, nas produções acadêmicas desses agentes. A ascensão do modelo de formação e prática em obstetrícia a partir da enfermagem, característico da década de 1970, e o questionamento desse mesmo modelo, em direção a um retorno ao modelo de formação de obstetrizes, a partir, aproximadamente, do fim da década de 1990, pode ser claramente percebido em duas nas teses de doutorado produzidas na Universidade de São Paulo. Tratam-se das teses de Francisca Nogueira Soares (apresentada à Escola de Enfermagem), de 1972, e Ruth Hitomi Osava (apresentada à Faculdade de Saúde Pública), de 1997.

A tese de Francisca Nogueira Soares, intitulada “A enfermeira obstétrica: sua função na sala de parto”, apresenta em 63 páginas (incluindo anexos), os resultados de uma pesquisa sobre o conhecimento de membros da equipe de assistência obstétrica (considerando médicos e enfermeiras) de maternidades, sobre as atribuições da enfermeira obstétrica. A abordagem utilizada está impregnada de uma concepção religiosa católica e manifesta a concepção da mulher como reprodutora, sem considerar aspectos de sua sexualidade, sendo ela a responsável pela harmonia familiar, a saúde dos filhos, dependentes dos profissionais de saúde, com os quais devem colaborar em face do desequilíbrio emocional causado pela gravidez, inserida em um paradigma de risco e doença, em que o parto é um momento de perigo e sofrimento. Os desequilíbrios manifestados pelas mulheres são vistos como os geradores das distocias e justificam as ações (“tomadas de atitude”) dos profissionais. Todas as decisões na assistência ao parto cabem aos profissionais médicos, sob cuja autoridade as enfermeiras estão e se relacionam em dependência, sendo suas colaboradoras, atuando apenas “quando possível”. Em um quadro de valorização apenas do corpo e aspectos biológicos, apesar da distocia ser enunciada como delimitador entre a atuação da enfermeira e do médico, o médico é responsável e atuante em todos os casos de parto e em “todos os

seus múltiplos aspectos”. São identificadas tensões entre médicos e enfermeiras, sendo as últimas responsáveis por tais tensões.

A tese de Ruth Hitomi Osava, intitulada, “Assistência ao parto no Brasil: o lugar do não-médico”, é definida enquanto um estudo de caso sobre a atuação de não-médicos, em particular, enfermeiras obstétricas e está baseada na pesquisa histórica. Na leitura da autora sobre a história da assistência ao parto, ressalta a apropriação masculina, pelos médicos, dos saberes da parturição, mas considera as hierarquizações presentes também entre parteiras e enfermeiras obstétricas. Constrói dois tipos ideais que representariam a atuação de parteiras e enfermeiras obstétricas “*nightingaleanas*”, inspiradas nas figuras das deusas gregas Ártemis e Atenas. Percebe-se que características associadas ao perfil das parteiras são reforçadas enquanto características desejáveis e, quando em análise dos programas educacionais formadores, são atribuídas às obstetritzas. A análise do “parto tecnológico” é contraposta à proposta de humanização da assistência e são discutidas algumas situações presentes no cotidiano da assistência, nas residências de medicina e enfermagem em maternidades, e uma série de procedimentos. Nesse sentido, a tese de Ruth ilustra como as produções acadêmicas se ligam às proposições políticas, uma vez que fornece a base para justificar a proposição da abertura do curso de obstetrícia, que veio a ocorrer na Universidade de São Paulo oito anos depois.

As duas teses comentadas, representam diferentes temporalidades e diferentes formas de afirmar o conhecimento autoritativo desses agentes de saúde no campo da assistência obstétrica, propondo diferentes leituras e releituras da profissão. Nesse processo de redefinição, várias forças estão envolvidas, inclusive, é importante não negligenciar, as produções acadêmicas de cientistas sociais. A influência dessas produções, desde o fortalecimento das análises feministas tem se manifestado nos estudos sobre o campo, bem como, influenciado a ação de ativistas, consumidoras, profissionais e “*policy makers*”. São atuações que se

colocam de maneira fronteira entre campos, e na transversalidade do social, político e cultural.

A antropóloga Robbie Davis-Floyd, em sua produção e atuação, ilustra bem esse atuar fronteira. Seus estudos tem apresentado grandes contribuições teóricas e empíricas, e claramente tem provocado implicações práticas. Isso se dá quando, por exemplo, a autora propõem a nomeação de um novo tipo de parteira que estaria em surgimento em contexto internacional: a obstetrix pós-moderna (*postmodern midwife*)<sup>11, 12</sup>. Segundo a autora, as obstetrixes pós-modernas são “relativísticas, articuladas, organizadas, políticas e altamente conscientes tanto de sua singularidade cultural quanto de sua importância global”<sup>13</sup> (2008, p. 169). Nesse sentido, atuam criticamente frente ao sistema biomédico, mas também aos seus próprios sistemas “populares” (*folk system*).

As obstetrixes pós-modernas, para Davis-Floyd, “ainda” precisariam lidar com as pressões impostas pelo modelo biomédico e, por vezes, nesse contexto, em relação às parteiras tradicionais (*traditional midwives*), reproduzem o princípio hierarquizante, pelo qual estão submetidas aos médicos, produzindo competição, ou interação respeitosa e criativamente, produzindo cooperação. Esse seria mais um paradoxo da prática obstétrica contemporânea. Davis-

---

11 Partindo do pressuposto que qualquer estudo sobre parteiras e obstetrixes ou sobre o processo reprodutivo na contemporaneidade, em geral, necessariamente estará a frente do modelo biomédico e das estruturas governamentais, como pano de fundo.

12 Embora não seja possível precisar se foi intenção da autora ou dificuldade de tradução, buscar uma equivalência global para a definição de parteira implica em sérias dificuldades, o que se manifestou já na tentativa de traduzir um dos termos descritores (palavras-chave), utilizado no resumo da autora que, em inglês, indica: “Midwives, practical” e que foi traduzido como “Parteira leiga” em português e “Parteras tradicionales”, em espanhol, ou seja, três adjetivos diferentes. A partir desse exemplo, vemos mais uma vez que as polêmicas e o dissenso no campo começam já na nomeação dos atores.

13 A tradução livre desse trecho e demais da literatura em língua estrangeira é minha.



Floyd ilustra sua perspectiva a partir de três casos: as obstetrizes mexicanas, japonesas e holandesas. No caso mexicano, a antropóloga identifica um tipo totalmente novo de “*partera tradicional*”<sup>14</sup>. Embora formadas em escolas de obstetrícia de entrada direta, estão profundamente conectadas com as parteiras tradicionais, tanto no programa curricular, com estágios em comunidades tradicionais, quanto em permanente diálogo por meio de conferências, workshops, encontros, que conformam um verdadeiro movimento social de valorização e preservação dos conhecimentos tradicionais.

No caso japonês, a autora identifica que desde o movimento pelo parto natural da década de 1980, as obstetrizes vem buscando oferecer opções às mulheres, que incluem a atenção hospitalar modificada, com liberdade de posições para parir, por exemplo, ou o parto em casas de parto (*birth houses*), estando assim na limiariedade e mediação entre o cuidado obstétrico e alternativo, o hospital e a casa, o moderno e o tradicional, o local e o internacional. Na Holanda, que possui fama internacional por ter preservado relativamente o parto em casa<sup>15</sup>, a autora identifica novas estratégias para proteção da profissão e da possibilidade de escolha pelo parto em casa, por meio de campanhas e movimentos sociais, e busca de sustentação em “evidências científicas”.

Para a autora, uma definição internacional de obstetrix depende dos programas educacionais reconhecidos pelos governos. Com isso, a necessidade de nomear, pode ter efeitos locais indesejados, uma vez que os nomeadores são aqueles em posição hierarquicamente superior, o que tem como resultado, múltiplas discriminações. A definição de “atendentes de parto tradicionais” (*tradicional birth attendants* – TBA) é portanto, considerada por muitos cientistas sociais (como no estudo brasileiro de Soraya Fleischer), arbitrária e problemática em seus efeitos culturais – uma

---

14 Termo nativo.

15 Cerca de um terço dos partos na Holanda ocorre com obstetrizes no domicílio (DAVIS-FLOYD, 2008).

vez que assume que o conhecimento em questão não é válido, como para Soraya Fleischer e Susana Tornquist) – privilegiando definições que incluam os papéis sociais e comunitários das parteiras<sup>16</sup>. Diante disso, Robbie assume a polarização entre obstetrizas (*professional midwives*) e parteiras tradicionais (*traditional midwives*) como as duas principais ramificações em escala global, cujas fronteiras estão sendo “embaçadas” pelas combinações contemporâneas.

Dos percursos até aqui relatados sobre a história do campo da assistência obstétrica brasileira, ficam evidentes a relevância dos processos de hierarquização entre os agentes de saúde e da hospitalização, atravessados pela heterogeneidade, mesmo no interior de práticas hegemônicas e por contradições entre o teórico e o prático, o prescrito e a prática além do prescrito.

## Referências

- BEAUVALET-BOUTOUYRIE, S. As parteiras-chefes da maternidade Port-Royal de Paris no século XIX: obstetras antes do tempo? **Rev. Estud. Fem.** Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 403-413, jul. 2002.
- BRENES, Anayansi Correa. História da Parturição no Brasil, Século XIX. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 135-149, abr.-jun. 1991.
- \_\_\_\_\_. História da obstetrícia no Brasil: o fracasso da Escola de Obstetrícia para Mulheres, no Rio de Janeiro, 1832. **Revista Médica de Minas Gerais**, v.18, n. 2, p. 141-147, 2008.

---

16 Na visão de Robbie, “para a maioria dos cientistas sociais, uma obstetriz pode ser uma praticante (practitioner) que vai de encontro à definição internacional e/ou é reconhecida como tal pela sua comunidade” (2005, p. 171). Apesar dessa conclusão generalista, a autora vai mais além em argumentar que é necessário reconhecer que as parteiras tradicionais provêm serviços vitais para as populações que servem, bem como preservam seus sistemas de conhecimento. Para Robbie, isso não implica em romantizar a atuação de parteiras, mas de tratá-las com o mesmo relativismo que as obstetrizas aplicam à biomedicina.

COSTA, Tonia et al. Naturalização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 10, n. 20, dez. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832006000200007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000200007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 16 jan. 2013.

DAVIS-FLOYD, Robbie. Daughter of time: the postmodern midwife. **Rev Esc Enferm**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 168-72, 2008.

FLEISCHER, Soraya. **Parteiras, buchudas e aperreios**: uma etnografia do atendimento obstétrico não oficial na cidade de Melgaço, Pará. Tese (Doutorado em Antropologia Social). Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2007.

HOMEI, Aya. Tempos modernos, novos partos e novas parteiras: o parto no Japão de 1868 aos Anos 1930. **Rev. Estud. Fem.** Florianópolis, v. 10, n. 2, jul. 2002.

JORDAN, Brigitte. Authoritative knowledge and its construction. In: DAVIS- FLOYD, Robbie; SARGENT, Carolyn F. (Orgs.). **Childbirth and authoritative knowledge**: cross-cultural perspectives. United States: University of California Press, 1997, p. 55-79.

MARQUES, R. C. **Médico de senhoras**. São Paulo: Nossa História, 2004.

\_\_\_\_\_. É preciso ser piedoso: a imagem social do médico de senhoras. Belo Horizonte 1907-1939. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 1127-1127, 2003.

MOTT, M. L. Parteiras, o outro lado da profissão. Gênero, **Revista de Estudos Transdisciplinar de Estudos de Gênero**, v. 6, n.1, p. 117-140, 2. sem. 2005.

\_\_\_\_\_. A parteira ignorante: Um erro de diagnóstico médico? **Estudos Feministas**, v. 7, n. 1, p. 25-36, 1999a.

\_\_\_\_\_. Fiscalização e formação das parteiras em São Paulo (1880-1920). **Revista de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 46-43, 2001,

\_\_\_\_\_. Assistência ao parto: Do domicílio ao hospital (1830-1960). **Projeto História**, 25, p. 197-219, 2002.

OSAVA, Ruth Hitomi. **Assistência ao parto no Brasil**: o lugar do não-médico. Tese (Doutorado)- Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Saúde Materno-Infantil, Univeridade de São Paulo, São Paulo, 1997, 129f.

PROGIANTI, Jane Márcia. Modelos de assistência ao parto e a participação feminina. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 57, n. 3, p. 303-305, 2004.

RIESCO, Maria Luiza Gonzalez; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. Elementos constitutivos da formação e inserção de profissionais não-médicos na assistência ao parto. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, jun. 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2002000300017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000300017&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 18 jan. 2013.

RIESCO, Maria Luiza Gonzalez; TSUNECHIRO, Maria Alice. Formação profissional de obstetrizas e enfermeiras obstétricas: velhos problemas ou novas possibilidades? **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 10, n. 2, jul. 2002.

RODHEN, Fabíola. **Uma Ciência da Diferença**: sexo e gênero na medicina da mulher. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

SOARES, Francisca Nogueira. **A enfermeira obstétrica**: sua função na sala de parto. Tese (Doutorado)-Universidade de São Paulo. São Paulo, 1972.

THÉBAUD, Françoise. A medicalização do parto e suas consequências: o exemplo da França no período entre as duas guerras. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 10, n. 2, jul 2002.

TORNQUIST, Carmem Susana. **Parto e Poder**: análise do movimento pela humanização do parto no Brasil. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2004.

# **NUTRIÇÃO E RACISMO: contribuições e reflexões possíveis**

*Denize de Almeida Ribeiro*

O presente trabalho pretende realizar uma breve discussão sobre a relação entre a nutrição e o fenômeno do racismo em nossa sociedade, pois, embora as referências às desigualdades étnico/raciais remontem à Antiguidade, onde assumiam caráter de iniquidades entre formações sociais caracterizadas pelo modo de produção escravagista, o racismo como campo de estudos, com um conjunto de categorias teoricamente organizadas e ideologizantes, é um fenômeno que vem sendo estudado mais profundamente, por diferentes áreas do conhecimento, mais recentemente (KOIFMAN, 1986). No campo da saúde coletiva e da nutrição, em particular, o racismo se apresenta em diversas dimensões que reforçam essa ideologia, através da valorização de estereótipos também presentes nas ciências da saúde, de um modo geral.

A importância do recorte étnico/racial na assistência e na atenção à saúde, no que se refere às doenças e às condições de vida da população negra, permite, por exemplo, que sejam identificados contingentes populacionais mais suscetíveis a agravos à saúde, como: hipertensão, diabetes, sofrimento mental, anemia falciforme, desnutrição, obesidade, morte materna, mortes violentas etc. Tal constatação denota o impacto das condições e estilo de vida a que estão submetidos negros e negras em nossa sociedade, e a determinação social dos impactos do racismo sobre suas trajetórias de vida e saúde.

São inúmeras as situações dignas de reflexão mais apurada e urge também a necessidade de pensarmos intervenções das diferentes áreas, com a utilização do recorte étnico/racial, para

avancarmos na análise deste fenômeno e na efetivação dos direitos humanos, a partir da nossa atuação e na promoção da qualidade de vida da população negra e da sociedade de um modo geral.

Neste sentido, o presente texto pretende oferecer uma contribuição para o debate, apontando alguns campos de atuação da nutrição, oportunos para a construção de uma prática de assistência e atenção à saúde antirracista.

### **Nutrição e a saúde da população negra uma intervenção necessária**

No ano de 2014 o Ministério da Saúde lançou uma campanha contra o racismo no Sistema Único de Saúde (SUS), o que gerou revolta entre a classe médica. Em uma tentativa de conscientizar a população e os profissionais de saúde, a respeito do racismo presente no atendimento médico, foram exibidas estatísticas, pesquisas, depoimentos e imagens estimulando a denúncia contra casos de discriminação. Nesse sentido, considero que seria importante que os Conselhos das categorias de classe da área da saúde, tomassem consciência quanto aos dados e se posicionassem em relação a tal campanha, conferindo as estatísticas divulgadas pelo Ministério, ouvindo os diversos coletivos, ONGs e entidades que lutam contra o racismo no Brasil.

Os dados existentes apontam para uma inegável realidade do racismo institucionalizado: pois mostram que os profissionais da saúde tratam pessoas negras de forma desigual, diferenciada, negligente e discriminatória – algo que vai muito além do corporativismo. Nas estatísticas, as questões raciais e de gênero se entrelaçam, expondo a situação lamentável de vulnerabilidade em que as mulheres negras se encontram. Entre os dados expostos, a campanha mostra que as mulheres negras costumam receber em média, menos tempo de atendimento médico que mulheres brancas e que compõem 60% das vítimas da mortalidade materna no Brasil (BRASIL, 2014).

As taxas de mortalidade materna e infantil na população negra, são muito acima das registradas entre mulheres e crianças brancas. Dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, revelam que 60% das mortes maternas ocorrem entre mulheres negras e 34% entre as brancas. E, na primeira semana de vida, acontecem, em maioria, entre crianças negras (47% dos casos). Entre as brancas, representam 36% (BRASIL, 2014).

Além disso, somente 27% das mulheres negras tiveram acompanhamento durante o parto na pesquisa, ao contrário dos 46,2% das mulheres brancas; e 62,5% das mulheres negras receberam orientações sobre a importância do aleitamento materno, preteridas em favor dos 77% das mulheres brancas. Outra situação é o caso do diabetes mellitus (tipo II), cuja taxa de mortalidade, a cada 100 mil habitantes, afeta na população preta 34,1 habitantes, na população parda atinge 29,1 e, entre a branca, 22,7. A anemia falciforme, doença grave que deve ser diagnosticada precocemente por meio do teste do pezinho, é encontrada em maior escala entre a população negra, com incidência que varia de 6% a 10%, enquanto no conjunto da população oscila entre 2% e 6% (BRASIL, 2014).

Os dados nos fazem perceber que a área da nutrição tem uma importante contribuição a dar diante de tais agravos, mas ainda considero tímida sua atuação também na produção e análise de pesquisas, a fim de contribuir para o enfrentamento do racismo no atendimento à população negra, o que pode sinalizar a força do Racismo Institucional<sup>1</sup> dentro deste campo de atuação.

Adicionalmente, há outras pesquisas e depoimentos, até mesmo na internet, de mulheres negras que sofreram negligência e passaram por situações de abuso em hospitais devido à discriminação racial, inclusive em clínicas particulares. São diversos os relatos

---

1 Racismo Institucional é o fracasso de uma instituição em oferecer um serviço adequado e digno às pessoas por conta da sua cor, origem étnica, religiosa etc. (SAMPAIO, 2003).

de mulheres negras que não foram devidamente anestesiadas nos momentos em que a anestesia seria necessária, que passaram mais tempo esperando nas filas – mesmo chegando primeiro – ou que deixaram de receber medicamentos e analgésicos para aliviar a dor. Nos depoimentos, há a presença constante de afirmações racistas, como a ideia de que as mulheres negras são mais resistentes à dor do que as mulheres brancas, por exemplo.

Estas práticas são tremendamente desumanizadoras e têm origem na secular lógica escravista imposta sobre a população negra. Ainda hoje, o racismo continua a ser perpetuado nos hospitais, ambientes tão importantes que deveriam ser de direito de todos.

Cabe aqui uma reflexão sobre a prática do nutricionista no atendimento à população negra: seria diferente a atuação deste profissional daquilo que vem sendo apontado nas pesquisas, enquanto prática de racismo institucionalizado na área da saúde, de um modo geral? Creio que o silêncio da categoria, a falta de interesse em pesquisas nessa área e mesmo pelo que se apresenta nos dados da saúde da população negra, essa é uma realidade de toda área da saúde coletiva e a nutrição não poderia se colocar a parte.

Neste capítulo apresento algumas dimensões onde a atuação do nutricionista é imprescindível e onde caracterizamos situações de racismo que ainda não foram suficientemente abordadas, discutidas e onde precisamos repensar essa atuação na direção do enfrentamento a toda forma de discriminação.

### **Algumas situações onde identificamos a presença do racismo na área da nutrição**

Na abordagem da fome que aflige principalmente as populações mais empobrecidas (negros e indígenas), onde a análise dos impactos do racismo é desconsiderada como determinante social fundamental.



Na realidade brasileira, ao pobre não somente foi sendo negado o direito à alimentação, como também um conjunto de bens sociais, explícitos em variáveis que delimitam indicadores das condições de vida das populações; como, por exemplo, o acesso a serviços públicos essenciais. Isto funciona como espelho das desigualdades nas sociedades. A pobreza cifra-se numa série de carências, alimentares e não alimentares, compondo um retrato que vai se revelando em múltiplas perspectivas, sobrepondo barreiras que se interseccionam, vulnerabilizando cada vez mais determinados sujeitos. Isto pode ser observado na análise dos dados da PNAD, por exemplo:

Na PNAD 2004, foram identificadas algumas outras condições que conferem às famílias maior vulnerabilidade à insegurança alimentar e podem constituir subsídios para políticas públicas de caráter intersetorial. Mulheres apontadas como pessoas de referência no domicílio, a baixa escolaridade e raça/cor negra do responsável pela família agregavam maior risco de insegurança alimentar. Apesar de algumas diferenças entre as regiões, a proporção de domicílio em segurança alimentar era sempre menor quando estas condições estavam presentes, comparativamente às proporções da população geral, tanto considerando os domicílios urbanos quanto os rurais. A prevalência de Insegurança Alimentar Grave – IAG aumentava em cerca de 30% nos domicílios em que a mulher era a pessoa de referência, comparativamente à média nacional de 6,5%. O acréscimo na IAG foi superior a 100% nos domicílios em que a pessoa de referência tinha menos de quatro anos de escolaridade e era superior a 50% quando ela se autodeclarava negra (CONSEA, 2010, p. 127).

Assim, no cenário brasileiro, as principais vítimas da fome são as famílias chefiadas por mulheres, também por negros,

indígenas e pessoas com baixa escolaridade. Significa dizer que a pobreza parece acompanhar determinados grupos sociais e marcados pela assimetria existente nas relações de gênero, raça/etnia e nível de educação. E, neste caso, o campo da nutrição apresenta poucos trabalhos para fazermos essa análise incluindo a categoria raça/cor para avaliação e monitoramento dos dados, como também para elaboração de propostas de ações que deveriam ser feitas pela área, considerando estes indicadores (RIBEIRO, 2013).

Tal silenciamento não se justifica, pois é a partir dos dados que se elaboram políticas e ações de assistência à saúde, silenciar significa a manutenção das iniquidades e a perpetuação de atuações que não impactam na determinação do problema.

### **Nas campanhas de aleitamento materno que não consideram as imagens e experiências das mulheres negras e indígenas**

Segundo Almeida e Novak (2004), a carta de Pero Vaz de Caminha ao Rei de Portugal, contém o que certamente pode ser considerado o primeiro relato sobre a amamentação no Brasil - “... *com um menino ou menina ao colo, atado com um pano (não sei de quê) aos peitos...*”. A alusão ao fato de as mulheres indígenas amamentarem seus filhos, denota o estranhamento dos descobridores frente a uma prática do novo mundo, cuja civilização europeia já havia proscrito.

Para tais autores, historicamente, situa-se aí o primeiro embate cultural em torno da amamentação no Brasil. O ato de aleitar direto ao seio, cultivado pelos integrantes da sociedade Tupinambá, certamente foi percebido pelos portugueses como um comportamento instintivo e natural, impróprio para o homem civilizado, cujo padrão de referência comportamental circunscrevia-se aos hábitos e costumes da cultura europeia.

Vale destacar ainda, que os relatos sobre desnutrição e mortalidade entre lactentes indígenas brasileiros só passaram a existir, a partir do momento em que se ampliou a convivência

com o branco. A ocorrência de desmame precoce restringia-se a três situações: morte materna, doença grave da mãe ou nos casos interditados pela cultura.

A cultura impedia a amamentação nas situações em que o rebento era considerado indesejável, ou seja, quando se tratava de filhos de inimigos com mulheres da tribo ou filhos de índias que mantinham relações sexuais com mais de um parceiro, por exemplo. O trabalho materno não se configurava fator de desmame, apesar de a sociedade indígena imputar uma carga de trabalho para a mulher superior à do homem. Com o auxílio da tipóia, a índia conseguia harmonizar seu duplo papel: de mãe-nutriz e de mulher-trabalhadora (ALMEIDA; NOVAK, 2004).

Em resumo, Portugal transmitiu ao Brasil o costume das mães ricas de não amamentarem seus filhos e, conseqüentemente, a necessidade de instituir a figura da ama de leite. As índias cunhãs constituíram a primeira versão de amas de leite brasileiras; porém, em razão da rejeição cultural que apresentavam, foram substituídas pelas escravizadas africanas.

Mais tarde, a urbanização ampliou a difusão das amas-de-leite entre as novas camadas sociais e fez com que surgisse a figura da mãe preta de aluguel. A importância atribuída a esse novo ator social, assumiu tamanha proporção, que alguns senhores de escravos chegaram a admitir que, criar negras para alugar como amas, era mais rentável do que plantar café.

Essa nova versão de aleitamento mercenário, impregnada de uma estratégia mercantilista, foi exercida no Brasil em um momento histórico, muito anterior à chegada dos leites industrializados. É secular, portanto, a tendência de se procurar auferir lucros com práticas que gravitam em torno da amamentação, estimulando propositamente a instituição do desmame (ALMEIDA; NOVAK, 2004).

De lá pra cá a indústria alimentícia cresceu e investiu pesadamente no incentivo ao desmame precoce e, neste ínterim, a área da nutrição também passou por mudanças no enfoque sobre o

aleitamento materno exclusivo. Atualmente tal prática tornou-se uma das principais armas contra a desnutrição infantil e o aleitamento passou a ser um programa institucionalizado de incentivo, para redução do desmame precoce. Entretanto, as práticas e saberes sobre a amamentação das mulheres indígenas e negras foram invisibilizadas e mesmo nas campanhas institucionais de incentivo, as figuras de destaque geralmente são de mulheres brancas.

Caberia também, à área da nutrição, uma reflexão e reposicionamento diante das ações de educação alimentar e nutricional, que reproduzem em suas campanhas imagens de controle, terminando por afastar e por não fortalecer os saberes e práticas das mulheres negras e indígenas sobre amamentação, denotando mais uma vez o pensamento hegemônico e discriminatório presente neste campo.

### **Na desvalorização dos hábitos alimentares e de saúde da população negra e indígena**

Podemos dizer que os hábitos alimentares e as práticas de saúde da cultura negra de matriz africana, permanecem valorizados e defendidos como sagrados, dentro dos terreiros de Candomblé e que muitas destas práticas e saberes tornaram-se parte do leque de informações e conhecimentos populares sobre saúde e nutrição, da população de um modo geral.

Durante minhas pesquisas com os Terreiros de Candomblé, por exemplo, percebi que eles desenvolvem variadas práticas de saúde e funcionam como espaços de cuidados tanto para adeptos quanto para pessoas de diferentes classes sociais, raça/etnia e religiões. Mas, tais práticas foram postas à margem do sistema oficial de saúde, deslegitimadas por serem práticas da medicina tradicional africana e ditas sem comprovação “científica”, demonstrando como o racismo científico/epistemológico funcionou e ainda se reproduz nas ciências da saúde (RIBEIRO, 2013).

A antropóloga moçambicana Paula Meneses (2010) faz esta mesma observação, quando analisa a situação de Moçambique, ao se referir à construção do conhecimento científico moderno na Europa, ela afirma que este se deu como sinônimo da missão de organizar e disciplinar as populações autóctones por todo o território colonizado, ela diz:

O moderno empreendimento colonial português começou numa altura em que a ciência deu uma nova força e legitimidade à política pública e colonial. De repente, o conhecimento científico emergiu como um instrumento de afirmação da superioridade portuguesa, uma mudança que transformou os saberes do “outro”, com quem tinham estado em contato durante séculos, em formas inferiores e locais de interpretar o mundo. As fronteiras da civilização tornaram-se as margens de um sentido de ordem social europeia, conseqüentemente, os nativos tornaram-se a própria encarnação da desordem, simbolizada pelo seu sofrimento moral, degradação física e mundo desordenado (MENESES, 2012, p. 225-226).

Esta negação da diversidade das formas de perceber e explicar o mundo é um elemento constitutivo e constante do colonialismo e do racismo. No entanto, e muito embora a dimensão política da intervenção colonial tenha sido amplamente criticada, o ônus da monocultura colonial epistêmica ainda é amplamente aceito, como um símbolo de desenvolvimento e modernidade.

Considero que o mesmo se deu aqui no Brasil, pois dentre as práticas de saúde desenvolvidas e mantidas pelas religiões de matriz africana, os adeptos mantêm a utilização dos alimentos e das folhas (SERRA et al., 1995) consideradas sagradas, a despeito da subalternização dos seus conhecimentos pela academia e pela área da nutrição em particular.

No Candomblé, o alimento age junto aos deuses como um veículo de comunicação em favor das pessoas, em diversas situações

de infortúnio, ou colaborando para a manutenção do equilíbrio geral do indivíduo e do grupo (RIBEIRO, 2002).

No entanto, estudos sobre as práticas alimentares nas religiões de matriz africana no Brasil ainda são escassos e no campo da nutrição pouco interesse despertam.

### **Na valorização de um determinado padrão de beleza/corpo e a utilização de medidas antropométricas criadas a partir de determinados biótipos de corpo e que não refletem a realidade brasileira**

Recentemente Bittencourt (2013), em sua tese de doutorado, fez uma brilhante análise sobre os impactos do padrão de beleza eurocêntrico nos transtornos alimentares das mulheres negras. Segundo a autora, renegar as características das mulheres negras e fazer com que o modelo de beleza preferido seja o das loiras, magras, sem quadris, com seios pequenos, “lábios e narizes finos”, foi um dos grandes ganhos do racismo vigente. Em se tratando dos vários tipos de mulheres negras, a gorda certamente fica num dos patamares mais baixos de valorização social. Este tipo de percepção foi imposto por uma cultura racista e que gera exclusão social (NOGUEIRA, 2000).

Em seus estudos, Bittencourt (2013) afirma que, a revisão da literatura sobre os transtornos do comportamento alimentar, levando em consideração a dimensão étnica/racial e como essa relação vem sendo investigada em torno do mundo; reforçou a importância de que outras formas de abordagem sejam levadas a cabo, visto que estas desordens se manifestam nos diversos grupos étnicos e culturais de formas diferentes, levando também a perceber como a identidade étnica, a identidade racial, as formas de integração às várias culturas que chegam até as pessoas, não somente pelos processos migratórios, mas também pelo advento da globalização, são relevantes na prevalência, formas de manifestação, fatores envolvidos, acessibilidade e efetividade do tratamento.

Esta revisão permitiu a autora perceber também que os estereótipos quanto ao formato corporal e tipo de beleza característico de cada cultura, ou grupo étnico, interferem na forma como esses estudos são conduzidos, no diagnóstico e definição do tratamento. Isto tudo, devido aos estigmas oriundos dessa visão estática e padronizada, que desconsidera as diferenças dentro de um mesmo grupo ou cultura.

Ainda para Bittencourt, as pesquisas atuais demonstram que as mulheres negras são menos vulneráveis à anorexia nervosa, no entanto estão sendo mais diagnosticadas com bulimia ou distúrbio de compulsão alimentar. Em seus estudos, ela relata que, pesquisas realizadas nos Estados Unidos, mostram que os negros têm taxas mais altas ou iguais de comportamento alimentar compulsivo em relação aos caucasianos (GRILO; LOZANO; MASHEB, 2005; TALLEYRAND, 2010). Um estudo com mulheres na faixa etária entre 18 e 40 anos, nos Estados Unidos, evidenciou que a prevalência de transtorno da compulsão alimentar era de 4,5% para mulheres negras e de 2,6% para mulheres brancas (MILLER; GOLDEN, 2010).

Mas nessa mesma tese, Bittencourt nos chama a atenção de que os estudos desenvolvidos até agora, na sua grande maioria, internacionais, pois no Brasil apenas um trabalho (SAMPEI et al., 2009) foi encontrado relacionando a diversidade étnico/racial com os transtornos do comportamento alimentar, têm provido informações contraditórias e ainda pouco elucidativas de como estes distúrbios se manifestam em diferentes culturas e grupos étnicos.

Há a suposição de que o racismo e o status socioeconômico, além do processo de integração, podem contribuir para sintomas relacionados aos fatores de risco para transtornos do comportamento alimentar. Por isso entender como as pessoas reagem às experiências de racismo, principalmente em condições socioeconômicas menos adversas, é importante para avaliar as manifestações desses sintomas (TALLEYRAND, 2010).

Dessa forma, o campo da nutrição no Brasil sofre de racismo institucional e científico, demonstrado na total falta de interesse da

área por problemas tão presentes em nossa sociedade e que afeta de forma crucial a saúde da população negra. Certamente chegam aos consultórios de nutricionistas no Brasil, diariamente, homens, mulheres, idosos e crianças negros e negras com suas histórias de vida e situações de saúde, que não vêm sendo adequadamente abordados, por falta de aporte teórico e de uma visão afetada pelo racismo na área.

Vale ressaltar que a maioria das referências bibliográficas utilizadas nos cursos de nutrição, em nosso país, são de autores europeus, ou norte americanos que reproduzem suas visões de mundo, hábitos, práticas, conhecimentos e que passam a ser reproduzidos e lidos como “bíblias” na área da nutrição no Brasil, reforçando a colonização do conhecimento.

Precisamos atentar para a produção acadêmica local, reforçar os estudos feitos no Brasil, com as populações do país e aprofundar os grupos de pesquisa e de estudos que visem ampliar tais conhecimentos, para produção de novos olhares e novas epistemologias fora do controle da “casa grande”, capazes de nos dar respostas mais próximas de nossas realidades.

### **Nas políticas e práticas de Segurança Alimentar e Nutricional**

A Segurança Alimentar e Nutricional, tem sido um tema presente nas ações e discussões políticas, para a implementação de programas governamentais nacionais e internacionais com o objetivo de combater a fome em nosso país.

O Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, por exemplo, vem atuando através de Programas de Atendimento Emergencial – com a distribuição de Cestas de Alimentos a Grupos Populacionais Específicos em Situação de Insegurança Alimentar, que tem, dentre os grupos priorizados para este atendimento, as comunidades de terreiro, quilombolas e indígenas, revelando que, para os setores governamentais, estes grupos estão vulneráveis na questão alimentar.



Isto nos chama a atenção para o fato de que tal situação, muitas vezes, coloca a própria prática cultural também em risco. Entretanto, os sujeitos de tais programas nem sempre são compreendidos e suas práticas alimentares tradicionais nem sempre são consideradas, enquanto fonte de informação importante para orientar tais programas. O Programa de Distribuição de Alimentos a Grupos Específicos, segundo o CONSEA,

Tem como foco a distribuição de alimentos a populações extremamente vulnerabilizadas; entre 2003 e 2008, foram entregues mais de 220 mil toneladas de alimentos, por meio de cestas de alimentos emergenciais, para as famílias acampadas que aguardavam o Programa de Reforma Agrária, as comunidades de terreiros (pela capilaridade que possuem junto à população negra e de menor poder aquisitivo), os indígenas, os quilombolas, os atingidos por barragens e as populações residentes em municípios vítimas de calamidade pública (CONSEA, 2010, p. 18).

O próprio Ministério do Desenvolvimento Social reconhece que o programa de distribuição de cestas “(...) destina-se a segmentos específicos, com hábitos alimentares e culturas distintas. Tradições relacionadas ao simbolismo, à valorização e à identidade cultural devem ser revitalizadas” (BRASIL, 2008).

Pois, Segurança Alimentar e Nutricional é também respeitar e preservar as tradições alimentares dos diferenciados grupos e é politicamente buscar garantir estes aspectos enquanto Direito Humano à Alimentação Adequada, como previsto na Lei Orgânica da Segurança Alimentar e Nutricional (Lei 11.346 de 15 de setembro de 2006).

Cabe, portanto, à área da nutrição dedicar-se em desenvolver um aprendizado maior sobre tais aspectos e incentivar a manutenção das práticas alimentares dos povos e comunidades tradicionais, como forma de garantir a Segurança Alimentar e Nutricional e o Direito Humano à Alimentação Adequada para estes povos.

A existência de poucos trabalhos de pesquisa neste campo denota o desconhecimento e desinteresse da área da nutrição, neste sentido, este silenciamento só serve para fortalecer o racismo institucional também nas políticas de Segurança Alimentar e Nutricional no país.

### **Segurança Alimentar e Nutricional e Acesso a Terra: Racismo Ambiental?**

A visão segundo a qual estar em insegurança alimentar é não ter acesso à posse de suas terras é marcante para as comunidades, tanto para atrair investimentos como para reprimir abusos relativos à depredação ambiental. Assim, a não titulação das terras quilombolas explica, em grande parte, o reconhecimento da comunidade ao se considerar em insegurança alimentar. Este fator é a causa do impedimento para a instalação de empreendimentos com bases sustentáveis e pode influenciar o estado nutricional das coletividades, pela forma como se dão a oferta e a disponibilidade, o acesso e o consumo de alimentos.

A questão da titulação das terras indígenas e dos remanescentes de quilombos, é um ponto da pauta na agenda dos governos brasileiros, mas seu processo é lento e litigioso. Esta situação expressa o racismo institucional e que tem suas raízes desde as estratégias de branqueamento da sociedade brasileira, incentivadas pela imigração de portugueses, italianos, alemães e japoneses nas regiões Sul e Sudeste no início do século XX.

Pois, tais políticas imigratórias, contemplaram os estrangeiros em algumas regiões e estados do Brasil, mas foram desiguais e racistas, porque não priorizaram negros e indígenas da mesma forma, tendo como consequência a sua exclusão social e marginalidade.

A população negra recém-liberta teve somente os quilombos já instalados como espaços de resistência à escravidão, para iniciarem sua vida como libertos. Esses territórios, em sua maioria, estavam

em áreas inóspitas, porque sua origem tinha como estratégia a ideia de esconderijo.

Nesta discussão, o Direito Humano à Alimentação Adequada fica sob risco, cabe também à área da nutrição desenvolver uma reflexão, apontar ações e políticas que possam contribuir para o combate ao racismo ambiental nestes casos, e garantir a sustentabilidades de tais povos.

### **Considerações Finais**

Koifman (1986) nos diz que, desde o dia em que Gobineau (1816-1882) conceitualizou, pela primeira vez, em seu “Ensaio sobre as Desigualdades Raciais”, um corpo teórico estruturado sobre o racismo. A partir de concepções arbitrárias – as diferentes raças descenderiam dos filhos de Noé (Sem, Cam e Jafet) – ele constrói um edifício teórico sobre superioridade da raça branca para com as demais que se perpetua subliminarmente nas ciências biomédicas até os dias atuais.

Mas, apesar da falta de aprofundamento teórico e da falácia na cientificidade destas conclusões, tal pensamento encontrou eco na sociedade daquela época e atendeu ao modelo de dominação colonial, que estava sendo imposto pelas elites. Assim, tais teorias como as dos outros pensadores das teorias racistas, precisam ser analisadas à luz dos interesses que representam na cena histórica onde foram e são geradas.

Gramsci (1972) nos ajuda nesta reflexão, ao discutir o papel dos intelectuais na difusão de um pensamento com fins hegemônicos e organizadores de uma determinada sociedade. Segundo Gramsci, esta tarefa converte-se em uma das mais importantes na consolidação da Sociedade Civil, capaz de manter o consenso dos grupos subalternos graças ao domínio, no plano ideológico, pela classe dominante.

No campo da nutrição não é diferente, sendo esta uma ciência que tem sua origem na biomedicina, absorvendo seus

estereótipos, visão de mundo e ideologias, que se reproduzem através do espaço acadêmico e nas práticas de muitos profissionais inseridos em serviços públicos e privados de saúde, que foram constituídos também, como aparelhos de dominação e reprodução de uma prática racista perpetuada ao longo dos tempos no Brasil.

Cabe às novas epistemologias descolonizantes, desconstruir velhos arcabouços teóricos estigmatizantes, aos movimentos sociais fazerem denúncias, cobrarem respostas dos poderes públicos e no caso da área da saúde coletiva e da nutrição, cabe nos debruçarmos sobre a realidade dos dados, ampliar as pesquisas com recorte racial e de gênero, refazer as práticas de assistência e atenção a saúde, e focalizar as diferentes abordagens na direção do enfrentamento a toda forma de discriminação étnica/racial ainda presentes em nossa sociedade e em nossa atuação, um desafio para reconstrução do campo e de contribuição para outras áreas.

## Referências

ALMEIDA, J. A. G.; NOVAK, F. R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. 5 (supl), p. 119-125, 2004.

BITTENCOURT, L. de J. **Padrões de Beleza e Transtornos do Comportamento Alimentar em Mulheres Negras de Salvador/Bahia**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)-Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2013, 202f.

BRASIL. Ministério da Saúde, **Blog da Saúde**. 2014. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/570-destaques/34778-fan-page-oficial-contr-a-o-racismo-no-sus-ja-esta-no-ar-curta-e-compartilhe>>. Acesso em: 23 fev. 2015.

BRASIL. **Avaliação Nutricional da Atual Cesta de Alimentos e Alternativas para sua Qualificação.** Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome, 2008.

CONSEA. **A Segurança Alimentar e Nutricional e o Direito Humano à Alimentação Adequada no Brasil.** Indicadores e Monitoramento: da Constituição de 1988 aos dias Atuais. Brasília-DF, 2010.

GRAMSCI, A. **Los intelectuales y la organización de la cultura.** Buenos Aires: Nueva Visión, 1972.

GRILO, C. M.; LOZANO, C.; MASHEB, R. M. Ethnicity and Sampling bias in Binge Eating Disorder: black Women who seek treatment have different characteristics than those who do not. **Inf. J. Eat Disorder**, n 38, p. 257-262, 2005.

KOIFMAN, S. Racismo no Brasil: os trabalhadores da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 279-296, jul.-set. 1986.

LUKÁCS, G. El darwinismo social, el racismo y el facismo. In: \_\_\_\_\_. **El asalto a la razón.** México: Grijalbo, 1968, p. 538-64.

MENESES, M. P. Corpos de violência, linguagens de resistência: as complexas teias de conhecimentos no Moçambique contemporâneo. In: SANTOS, B. de S.; MENESES, M. P. (Org.). **Epistemologias do Sul.** São Paulo: Cortez, 2010.

MILLER, C. A.; GOLDEN, M. D. An Introduction to Eating Disorders: Clinical presentation, epidemiology, and prognosis. **Nutrition in Clinical Practice**, v. 25, n. 2, p. 110-115, 2010.

NOGUEIRA, I. B. O Corpo da Mulher Negra. **Revista de Psicanálise**, ano XIII, n. 135, p. 40-45, 1999.

RIBEIRO, D. A. **Práticas** Alimentares nos Candomblés de um Território Negro. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)-Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2002.

\_\_\_\_\_. Concepções e Estratégias de Segurança Alimentar e Nutricional entre os Terreiros de Candomblé de Novos Alagados/BA. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)-Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2013, 173p.

SAMPAIO, E. O. Racismo Institucional: desenvolvimento social e políticas públicas de caráter afirmativo no Brasil. **Revista Internacional de Desenvolvimentos Local**, v. 4. n. 6, 2003.

SAMPEI, M. A. et al. Eating Attitudes and Body Image in Ethnic Japanese and Caucasian Adolescent Girls in the City of São Paulo, Brazil. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 85, n. 2, p. 122-128, 2009.

SERRA, O. Águas do Rei. Salvador, BA: Koinoinia: Vozes, 1995.

TALLEYRAND, R. M. Eating Disorders in African American Girls: Implications for Counselors. **Journal of Counseling and Development**, v. 1 88, p. 319-334, 2010.

# DILEMAS NA ESCOLHA DE GRUPOS CONTROLES EM ESTUDOS DE INTERVENÇÃO

*Simone Seixas da Cruz*

*Isaac Suzart Gomes-Filho*

*Maria da Conceição Nascimento Costa*

*Jobelle de Santana Passos-Soares*

*Soraya Castro Trindade*

*Ana Claudia Morais Godoy Figueiredo*

*Josicélia Estrela Tuy Batista*

*Gessica Santana Orrico*

A condução de estudos de intervenção que envolve populações humanas pode implicar no enfrentamento de desafios, como a superação de problemas metodológicos sem, contudo, descuidar de questões éticas. Um exemplo típico, em algumas situações, refere-se à decisão sobre a randomização dos indivíduos que comporão a população do estudo. Este processo, que visa conferir aos participantes de uma determinada investigação, a mesma probabilidade de receber ou não a intervenção a ser testada, nem sempre pode ser adotado.

Essa estratégia metodológica é considerada como padrão-ouro entre os desenhos de pesquisa destinados a avaliar a relação de causa-efeito (GLUUD, 2006) ou mesmo a efetividade de intervenções implementadas em agregados humanos (POWER; TUNIS; WAGNER, 1994). No entanto, de acordo com Almeida-Filho (2000); Almeida-Filho e Barreto (2012), tal afirmativa deve ser relativizada, vez que a escolha do desenho do estudo deve ser

pautada tanto pela hipótese a ser testada quanto pela natureza do objeto a ser investigado.

Assim vejamos: a estrutura desses desenhos de estudo, caracterizada pelo posicionamento ativo do investigador frente ao objeto de investigação, visa testar uma proposição causal (COOK; CAMPBELL, 1979; ALMEIDA-FILHO, 2000; ALMEIDA-FILHO; BARRETO, 2012; ROUQUAYROL; GURGEL, 2013), respeitando o princípio de comparabilidade entre os grupos exposto e não-exposto à intervenção, na tentativa de adotar preceitos contrafactuais (REICHENHEIM; MORAES, 1998). Em geral, esta estrutura de comparabilidade é garantida através de recursos que aperfeiçoam a escolha do grupo controle no sentido de torná-lo, na medida do possível, o mais semelhante ao agregado submetido à intervenção estudada (BERKMAN, 2004; HÖFLER, 2005). Neste sentido, a escolha do grupo controle assume um papel relevante na validade interna desta, como de qualquer outra pesquisa que pretende primar pelo rigor científico. Todavia, quando se trata de estudos de intervenção, muitas vezes não é factível atender esta exigência a depender da natureza do objeto de investigação.

Um exemplo que retrata com clareza o enfrentamento deste problema, refere-se à hipótese de que a doença periodontal na gestação pode representar um fator de risco para nascimentos prematuros e com baixo peso a qual, a partir de meados dos anos de 1990, tem chamado atenção da comunidade científica e estimulado o desenvolvimento de vários estudos observacionais (OFFENBACHER et al., 1996; JEFFCOAT et al., 2001; CRUZ et al., 2005). A maioria dos autores aponta para a necessidade de se realizar estudos de intervenção para que possa ser avaliada com mais propriedade a relação causal entre essa infecção bucal e o evento gestacional referido (CRUZ et al., 2005; DIETRICH; GARCIA, 2005).

Porém, para se testar a efetividade da intervenção periodontal em gestantes na redução da prematuridade/baixo peso



ao nascer (PBPN), o desenho experimental mostra-se claramente limitado frente às imposições éticas inerentes à pesquisa. Em outras palavras, os aspectos éticos parecem ser feridos ao alocar-se, aleatoriamente, as gestantes aos grupos teste (submetido à terapia) e controle (apenas acompanhado), dado que a doença periodontal já dispõe de tratamento eficaz e, *per si*, constitui um foco de infecção com quadro de desconforto, podendo, inclusive promover a perda dentária acompanhada ou não de processos dolorosos.

Neste cenário, surge a necessidade do emprego do desenho, classificado por alguns estudiosos como quase-experimental, conhecido como “ensaio ou experimento não-randomizado” no qual, não obstante o pesquisador “manipule” a característica que está sendo investigada, não há alocação aleatória (randomizada) dos indivíduos que receberão ou não a intervenção. Embora, até o momento, seja encontrado na literatura específica apenas um trabalho que explore a hipótese de associação entre a terapia periodontal e PBPN mediante o referido tipo de desenho de estudo, este parece ser uma alternativa diante da impossibilidade de se realizar investigações experimentais clássicas, devido a questões éticas.

Existem, na literatura do campo da saúde, estudos quase-experimentais, testando variadas hipóteses com tipos de grupo de comparação de natureza diversa, tais como os controles históricos ou externos (COUTINHO et al., 2005), e múltiplos controles (MORRIS et al., 2003). A despeito da diversidade de subcategorias e da expansão de estudos empíricos com esta estratégia no campo da saúde, poucos trabalhos têm destinado atenção apropriada ao referido desenho, numa abordagem metodológica, a exemplo do que ocorreu com os estudos randomizados (VICTORA et al., 2004). Diante deste panorama polêmico, justifica-se, aqui, a apresentação do que se dispõe na literatura acerca da temática, no intuito de estimular o debate em torno da questão sobre a escolha de um grupo controle, em investigações de intervenção com limitações éticas, as quais constituem um frequente problema metodológico.

Assim, para facilitar o entendimento da proposta, este capítulo está apresentado em três tópicos. Inicialmente descreve-se o grupo controle considerado ideal em estudos epidemiológicos e, em seguida, foram abordados os experimentos que utilizam grupo controle histórico. Por fim, discute-se a possibilidade de delinear estudos com múltiplos controles, e como as investigações existentes na literatura contemporânea, que avaliam a efetividade da terapia periodontal em gestantes sobre a prematuridade/baixo peso ao nascer, lidam com este tema quando da escolha do grupo controle.

### **Em busca de um controle ideal**

Parte do pensamento epidemiológico, que visa ampliar a compreensão do processo saúde-doença, tem sido construído sob a estrutura da comparabilidade, através da lógica contrafactual, a qual é representada por um preceito teórico-metodológico em que se compara o indivíduo quando exposto a um determinado fator com ele mesmo quando não exposto (BERKMAN, 2004).

Incorporando essa lógica na abordagem do tema Doença Periodontal e Prematuridade/Baixo peso ao nascer (PBPN), seria possível comparar o peso de um recém-nascido de mãe portadora desta infecção bucal exposta à terapia periodontal, durante a gestação, com o peso desse mesmo recém-nascido, na situação em que não houvesse tratamento periodontal. Tal comparação permitiria a avaliação rigorosa do efeito da terapia na PBPN, sob o argumento de que o melhor controle para a gestante seria ela mesma, em diferentes condições de exposição ao tratamento.

Embora, o melhor controle encontre-se no plano teórico, a perspectiva contrafactual aponta para a necessidade de substituir-se o “exposto quando não exposto” por um elemento referente ao não exposto (REICHENHEIM; MORAES, 1998). No entanto, para

haver comparabilidade, espera-se que todos os outros determinantes estejam distribuídos de forma equivalente entre os grupos de referência e índice (GREENLAND, 1990).

Nesta perspectiva, são utilizadas técnicas, como a randomização, com o objetivo de criar grupos sobre a égide da maior comparabilidade possível (SILVERMAN; MILLER, 2004). Tal técnica, com diversas variações, pode ser definida como um processo de decisão que promove a formação de grupo teste e controle de maneira aleatória, desde que o tamanho da amostra seja grande o suficiente para uma distribuição equilibrada dos fatores de risco do desfecho de interesse, sejam eles mensurados, ou não, no *baseline* (ALTMAN; MARTIN, 1999; PIRIE; LINDEN; IRWIN, 2013).

Todavia, o emprego da randomização pode encontrar, não raras vezes, barreiras impostas, por exemplo, pela necessidade de intervenção rápida como nas situações de controle de infecção (HARRIS et al., 2004), ou mesmo pela impossibilidade de execução da intervenção em larga-escala, demandando, assim, a elaboração de estudos de intervenção não-randomizados como os quase-experimentos (OLIVEIRA et al., 2011; SANT'ANA et al., 2011). Embora muitos “cientistas”, segundo Abel e Koch (1999), recomendem aos seus pares descartar os achados provenientes desses estudos, esse desenho é escalado como a segunda alternativa para julgamento da qualidade de evidências em proposições causais, de acordo com a “*US Preventive Services Task Force*” (FORCE, 1996) (Quadro1). Inclusive, em algumas situações de avaliação de programas de saúde, representa o único desenho possível de ser implementado na modalidade intervenção (CARNEIRO, 2002).

Quadro 1- Critérios para julgamento da qualidade de evidências segundo tipo de desenho de estudo.

Hierarquia	Desenho do Estudo
I	Estudos Experimentais controlados e randomizados
II-1	Estudos Experimentais controlados, não-randomizados
II-2	Estudos de Caso-controle e Coorte
II-3	Estudos de Séries temporais múltiplas e Experimentais não-controlados
III	Opiniões de autoridades renomadas, estudos descritivos e estudos de caso

Fonte: *US Preventive Services Task Force*20

### Quando a escolha é um grupo controle histórico

Existem diversas categorias de estudos quase-experimentais (HARRIS et al., 2004) e estes podem ou não ser providos de um grupo controle concorrente. Na impossibilidade de dispor do mesmo, pode ser utilizado aquele denominado grupo controle histórico. Nesta categoria, a unidade de comparação não foi submetida à intervenção em questão, em um dado momento passado. Muitas críticas recaem sobre esta alternativa, pela existência de fontes de não-equivalência entre os grupos teste e controle, interpostas ao longo do tempo, promovendo violação da comparabilidade (SACKS; CHALMERS; SMITH, 1982). No entanto, o uso de controles históricos não é raro, especialmente

nas áreas de avaliação de programas educacionais e de saúde, bem como em certas subáreas da clínica como a cirurgia, por exemplo (BELANGERO, 2001).

Alguns pesquisadores têm explorado, através de metanálise, a validade de estudos de intervenção com controle histórico comparando-os aos estudos experimentais. A maioria deles aponta para uma superestimação dos efeitos das variadas terapias (SACKS; CHALMERS; SMITH, 1982; CARROLL et al., 1996; CHALMERS, 1997, 2001).

Por outro lado, aventar a possibilidade de investigar, por exemplo, a efetividade da terapia periodontal na redução de baixo peso ao nascer através desse delineamento não constitui uma “proibição científica”, embora não tenha sido encontrada qualquer publicação sobre este tema utilizando tal estratégia de investigação. Todavia, uma decisão como essa tornaria mandatário assumir as limitações que podem causar injúrias a inferência, frente a não equivalência de fatores inerentes aos dois grupos de momentos históricos distintos, particularmente, no que diz respeito, àqueles fatores desconhecidos os quais constituiriam uma fonte de confundimento residual (KUNZ; OXMAN, 1998; MILNE et al., 2002).

Na tentativa de esclarecer algumas das limitações de estudos que optam pela escolha de um controle histórico para testar a hipótese de associação entre DP e PBPN, diante da ausência de estudos dessa natureza, pode-se citar como exemplo a investigação com dados ainda não publicados em que, um único grupo de 54 gestantes foi submetido a tratamento periodontal durante a gestação e comparado a outro grupo de 112 puérperas no pós-parto imediato, porém sem terapia prévia. Todas foram provenientes da mesma população de mulheres no período gestacional, incluindo o puerpério, atendidas em um serviço municipal de saúde da cidade de Faria de Santana. Os principais achados dessa investigação encontram-se sumarizados na Tabela 1.

Tabela 1 – Risco Relativo (RR) bruto e ajustado e respectivos intervalos de confiança (IC 95%) obtidos mediante regressão logística, para a associação entre terapia periodontal materna e prematuridade/baixo peso ao nascer. Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2008.

MODELOS	RR	IC 95%
Bruto	1,92	[1,15 3,20]
Ajustado**	2,13	[1,30 3,48]

\*\* ajustado por idade e nível de escolaridade

Observou-se uma frequência duas vezes maior de nascimentos de baixo peso e/ou prematuros entre as puérperas não tratadas que aquela encontrada no grupo teste (submetido a terapia periodontal durante a gestação), sendo esta diferença estatisticamente significativa. No entanto, detectou-se que os referidos grupos não foram semelhantes para a distribuição das seguintes covariáveis: nível de escolaridade, situação conjugal, número de pessoas no domicílio, diabetes, hábito de fumar e consumo de álcool, para o nível de significância estatística de 5%. A distribuição heterogênea para importantes covariáveis, pode sinalizar para falta de comparabilidade entre os grupos, não apenas para aqueles fatores que foram medidos, uma vez que esses podem ser controlados com estratégias de análise de dados, mas, sobretudo para aquelas características da amostra que influenciam a associação e não foram mensuradas por razões diversas. E, a ausência de comparabilidade entre os grupos pode comprometer a qualidade metodológica do estudo e, por conseguinte, distorcer as medidas de associação, tornando os resultados potencialmente espúrios.

A essa categoria de estudos, particularmente quando os grupos são constituídos com um longo lapso de tempo, podem ser atribuídas outras fontes de vieses, como fatores de risco pouco

conhecidos tanto da exposição quanto do efeito, os quais podem ter sofrido alterações, em função do tempo, tornando os grupos não-equivalentes. No estudo tomado como exemplo, o padrão de exposição das mulheres às informações de saúde também pode ter sofrido alterações, promovendo mudanças nos comportamentos de saúde, em geral, ao longo do tempo.

Embora estas restrições exijam atenção dos pesquisadores que adotam delineamentos de estudo desta natureza, elas não inviabilizam a estratégia de controle histórico. Particularmente, quando os grupos se apresentam comparáveis para uma gama de relevantes fatores de risco (ou determinantes), tanto para exposição quanto para o efeito, ao lado de aspectos metodológicos que garantam a validade interna do estudo, tais como o tamanho da amostra e instrumentos de medida adequados, além de procedimentos apropriados de análise e interpretação dos dados diante das fragilidades apresentadas.

### **Os múltiplos grupos controles: um outro problema?**

A dificuldade de um grupo controle adequado, por vezes, induz o pesquisador a utilizar o recurso de múltiplos grupos controle, usados originalmente em estudos de caso-controle. Tal estratégia é empregada sobre o argumento de que quando não há nenhum controle julgado «ideal» ou clássico podem-se empregar diferentes controles com o intuito de aumentar a base de evidências para aceitar ou não a hipótese de associação (FLETCHER; FLETCHER, 2005).

Muito utilizado na década de 70, o emprego de mais de um grupo controle era motivado na tentativa de lidar com os vieses de cada grupo (IBRAHIM; SPITZER, 1979). Porém, o seu emprego foi se fragilizando ao longo do tempo, em decorrência tanto do processo laborioso no desenho, quanto da complexificação na análise de dados, que os grupos caso (ou, por analogia teste) e controles

podem representar múltiplos efeitos (ROTHMAN; GREENLAND, 1998). Além disso, o desuso dessa estratégia, deve-se a um potencial inconveniente representado pela dificuldade de interpretação dos achados, na situação em que os dois grupos produzem resultados contraditórios. A interpretação será tanto mais complexa, quanto mais divergentes forem as estimativas de associação feitas com os grupos controle, demandando, assim, explicações para as diferenças e a necessidade de inferir qual estimativa de associação é a mais apropriada (WACHOLDER et al., 1992).

Em contraparte, alguns autores (FLETCHER; FLETCHER, 2005) afirmam que quando as estimativas de associação provenientes de dois grupos controle são semelhantes, elas apontam contra a existência de distorções nas medidas, pois seria improvável que os vieses afetassem os grupos na mesma direção e intensidade. Porém esse parece ser um argumento frágil frente à possibilidade plausível de ambos os grupos incorporarem vieses semelhantes provenientes de diferentes confundidores (ROTHMAN; GREENLAND, 1998).

Na investigação desenvolvida no Brasil, por Gazolla et al. (2007), única encontrada na literatura que trata da referida hipótese, através da estratégia de múltiplos controles em um estudo de intervenção, foram constituídos três grupos de gestantes: a) Portadoras de Doença Periodontal Tratada (GRUPO 1); b) Mulheres sem Doença Periodontal (GRUPO 2); c) Portadoras de Doença Periodontal não tratadas, por não retornarem ao ambulatório odontológico após o exame (GRUPO 3).

A estratégia dos autores para o emprego de múltiplos grupos controles, apesar das limitações apontadas acima, pareceu plausível por duas razões. A primeira por ser o Grupo 1 (experimental), em composição, diferente do Grupo 2, dado que este tem melhores condições de saúde bucal, tornando-os, assim, heterogêneos. Além disso, ao se utilizar o grupo controle com o periodonto saudável, adota-se o pressuposto de que existe associação entre DP e PBPN. Ou seja, espera-se que a incidência de PBPN no grupo tratado seja



semelhante àquela observada no grupo controle sem doença, se houver efetividade do tratamento.

Contudo, os investigadores que não acreditam na legitimidade da associação entre DP e PBPN, podem argumentar que as frequências de PBPN nos grupos tratado e sem doença, sejam semelhantes pela não existência de associação. Daí surge a necessidade de empregar outro grupo controle, que embora não seja planejado por razões éticas, constituem-se espontaneamente, na medida em que uma parcela das gestantes diagnosticadas com doença periodontal pode não aderir às sessões de tratamento.

Com a estratégia supracitada, Gazolla et al. (2007) poderiam ter solucionado, em parte, o problema da escolha de um controle em estudo de intervenção, vez que vislumbra-se com esse método a possibilidade de comparação de incidências de grupos com doença periodontal tratada e não tratada, característica clássica em estudos experimentais. No entanto, o problema da ausência de randomização permanece uma vez que as mulheres optam, por razões desconhecidas, por aderir ou não ao tratamento após o exame.

Embora se reconheça a proposta ousada dos autores frente o problema da escolha de um controle, cabe, aqui, uma crítica respeitosa ao que pode ter distorcido os resultados encontrados para além da hipótese nula, superestimando a medida de associação ( $OR = 116,7$ ;  $IC\ 95\%: 34,27 - 397,2$ ).

A primeira crítica diz respeito a questões de validade interna. Por exemplo, o tamanho insuficiente do grupo não-tratado ( $n = 62$ ) pode explicar, parcialmente, tanto a expressiva força de associação, quanto a amplitude do intervalo de confiança, conforme apresentado na Tabela 2. Além disso, os métodos escolhidos para tratar o problema de confundimento, principalmente frente à ausência de randomização, não são claros. Ou seja, no referido estudo, não são esclarecidos ao leitor os recursos utilizados para o ajustamento da medida de associação.

Discorda-se ainda, da postura dos autores, plenos conhecedores da investigação, de não apresentarem uma autocrítica diante de medidas de associação para além da centena, valor tão incomum no campo epidemiológico e na literatura especializada.

Tabela 2 – Odds Ratio (OR) e respectivos intervalo de confiança (IC 95%) obtidos mediante análise da regressão logística para a associação entre doença periodontal materna e prematuridade/baixo peso ao nascer. Três Corações, Minas Gerais, Brasil. 2007.

<b>Condição Peridontal</b>	<b>OR bruta</b>	<b>OR ajustada*</b>
Sadio	1	1
Doente tratado	1,91 [0,69 5,21]	1,02 [0,32 3,31]
Doente não-tratado	87,45 [29,57 58,5]	116,7 [34,27 397,2]

Fonte : Gazolla et al (2007).

\*Ajustada para nível de escolaridade e prematuridade prévia.

## **O que há na literatura?**

Até o momento, a rigor, existem somente sete estudos epidemiológicos, na literatura consultada, que testaram a hipótese de que a terapia periodontal reduz o PBPN, os quais encontram-se sumarizados no Quadro 2.

Quadro 2- Estudos de intervenção que investigaram a hipótese de associação causal entre doença periodontal materna e prematuridade/ baixo peso ao nascer.

Autor	Local	Amostra	Rando- mização	Odds Ratio [IC 95%]	Conclusão
Jeffcoat et al. (2003)	Alabama	1089	Sim	-	Existe associação
López, Smith e Gutierrez, (2002b)	Chile	351	Sim	4,70 [1,29 - 17,13]	Existe associação
López, Smith e Gutierrez, (2002a)	Chile	639	não	3,5 [ 1,7 - 7,3]	Existe associação
López et al. (2005)	Chile	870	Sim	2,76 [1,29 - 5,88]	Existe associação
Michalowicz et al. (2006)	Nova York	823	Sim	1,04 [0,68 - 1,58]	Não há associação
Gazolla et al. (2007)	Brasil	420	Não	116,7 [34,27 - 397,2]	Existe associação
Tarannum e Faizuddin, (2007)	Índia	200	Sim	-	Existe associação

Claramente, a maioria optou pela escolha de controles randomizados, em geral, apontada como a melhor estratégia contra injúrias à inferência em estudos que investigam relações de causa e efeito (SHADISH; HEINSMAN, 1997). Porém, surge uma questão importante (pano de fundo da temática discutida neste capítulo): É ético acompanhar mulheres grávidas, em geral de baixo poder socioeconômico, portadoras de doença periodontal com a possibilidade de intervenção sem o fazê-lo? Essa preocupação justifica-se, independente de haver ou não a associação referida, por ser essa enfermidade definida como infecção dos tecidos em torno dos dentes, que promove sangramento, edema, halitose, mobilidade dentária e, eventualmente, processos dolorosos acompanhados da perda dentária. Justifica-se, ainda, pela existência de possíveis associações causais da infecção periodontal com outras doenças, tais como complicações cardiovasculares (GENCO; OFFENBACHER; BECK, 2002).

Em defesa da escolha do desenho randomizado alguns pesquisadores podem utilizar o argumento, equivocado ou ingênuo, de que em países em desenvolvimento, a exemplo dos estudos realizados no Chile (Quadro 02), as participantes do grupo controle poderiam não ser submetidas ao tratamento periodontal durante a gestação por estarem recebendo o padrão de assistência local, no qual não há atenção periodontal para grávidas. No entanto, esse raciocínio, é fragilizado ao considerar que, naqueles países, o padrão de assistência, para os grupos menos favorecidos, é determinado fortemente pela situação econômica, e não por alternativas embasadas cientificamente (CABRAL; SCHINDLER; ABATH, 2006).

Além disso, o argumento, acima citado, vai de encontro às recomendações éticas pautadas por órgãos internacionais quando expressa orientações para a pesquisa em populações de países em desenvolvimento, como o *Council for International Organization of Medical Sciences* (CIOMS, 2002). De acordo com as diretrizes desse órgão para todos os participantes da pesquisa, inclusive para o grupo controle, devem ser garantidos os mais efetivos procedimentos, sejam eles preventivos ou de tratamento. Ou seja, o benefício mais justo às gestantes do grupo controle, portadoras de doença periodontal seria, portanto, a realização da terapia simultânea àquela ocorrida no grupo teste, tendo em vista que a gravidade da infecção pode ser função do tempo pelo qual o indivíduo é exposto às injúrias periodontais (LINDHE; KARRING; LANG, 2005).

As questões persistem e a justificativa para aqueles que acreditam não estarem infringindo a ética em pesquisa, não se tratando um grupo com doença periodontal, é que não está ainda definitivamente estabelecido na literatura que a terapia periodontal é benéfica para os desfechos gestacionais.

Assim, considerando os diferentes pareceres dos comitês de ética e de que a maioria dos estudos que investigam a temática, incorporam em suas amostras gestantes com dificuldades de acesso ao tratamento odontológico, parece razoável aventar a possibilidade

de planejar um estudo quase-experimental (intervenção não convencional), a partir de um grupo controle (não tratado), composto por gestantes que optem por não fazer o tratamento simultâneo à gestação por razões diversas. A investigação, assim desenhada, empregando-se ou não um segundo grupo controle, composto por mulheres sem doença, passaria a assumir o ônus da ausência da não-randomização, constituindo, como discutido, uma fonte de ameaça à validade interna, no entanto, sem tornar o grupo controle doente apenas um instrumento para satisfazer as necessidades e interesses daquela investigação. Para essa conduta, seria demandado um esforço adicional para minimizar as distorções mediante um rigoroso planejamento de pesquisa, além de uma crítica efetiva, dos próprios autores, acerca dos achados para que não sejam obtidas medidas de associação distorcidas, alimentando argumentos que desestabilizam a teoria existente em torno da hipótese.

Outro recurso para minimizar as potenciais distorções, provenientes da estratégia de múltiplos controles, refere-se ao procedimento de análise de dados em que os três grupos poderiam ter sido analisados simultaneamente, empregando-se modelagem que permita comparações múltiplas cujo detalhamento foge ao escopo desse trabalho, mas que pode ser consultado em Hosmer e Lemeshow (2000).

## **Considerações Finais**

Genericamente, pode-se admitir que as diversas possibilidades de resolução do problema “*escolha de um grupo controle em estudo de intervenção*” passam, inevitavelmente, pelo crivo de elementos da ética e da validade do estudo. Admite-se também, que há tensões entre tais elementos, no que se refere a benefícios sociais/individuais e avanços científicos, que justifiquem as estratégias de pesquisa em seres humanos (REICHENHEIM; MORAES, 1998).

Destaca-se, no entanto, que o desafio da escolha de um grupo controle é atenuado pela posição de “maturidade epistemológica do pesquisador”, ao assumir que essa decisão é, também, função da pergunta de investigação, do objeto a ser investigado, e, sobretudo, da aceitação de que para toda estratégia adotada, em menor ou maior grau, haverá imperfeições do experimento (ou do quase-experimento), com as quais não se pode julgar a veracidade indubitável, sobre determinada hipótese.

## Referências

ABEL, U.; KOCH, A. The role of randomization in clinical studies: myths and beliefs. **J. Clin. Epidemiol.**, v. 52, n. 6, p. 487-497, jun. 1999.

ALMEIDA-FILHO, N. **A ciência e a saúde**. São Paulo: Hucitec, 2000.

ALTMAN, D.; MARTIN, J. Treatment allocation in controlled trials: why randomise? **BMJ**, Londres, v. 318, n. 7192, may. 1999.

BELANGERO, W. Reflexões sobre a metodologia na pesquisa em Ortopedia e Traumatologia. **Acta Ortop. Bras.**, São Paulo, v. 9, n. 3, 2001.

BERKMAN, L. Seeing the Forest and the Trees: New Visions in Social Epidemiology. **American Journal of Epidemiology**, Oxford, v. 160, n. 1, p. 2, 2004.

CABRAL, M.; SCHINDLER, H.; ABATH, F. Regulamentações, conflitos e ética da pesquisa médica em países em desenvolvimento. **Rev. Saúde Públ.**, v. 40, n. 3, p. 521-527, 2006.

CARNEIRO, M. Estudos epidemiológicos na avaliação de efetividade do Programa de Controle da Doença de Chagas:

discussão metodológica. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 129-141, abr. 2002.

CARROLL, D. et al. Randomization is important in studies with pain outcomes: systematic review of transcutaneous electrical nerve stimulation in acute postoperative pain. **British Journal of Anaesthesia**, Oxford, v. 77, n. 6, p. 798-803, dec. 1996.

CHALMERS, I. Assembling comparison groups to assess the effects of health care. **Journal of the Royal Society of Medicine**, v. 90, 1997.

\_\_\_\_\_. Comparing like with like: some historical milestones in the evolution of methods to create unbiased comparison groups in therapeutic experiments. **International Journal Epidemiology**, v. 30, n. 5, p. 1156-1164, oct. 2001.

CIOMS, C. F. I. O. O. M. S. **International ethical guidelines for biomedical research involving human subjects**. Geneva, 2002.

COOK, T. D.; CAMPBELL, D. T. **Quasi-Experimentation: Design and Analysis Issues for Field Settings**. Chicago: Houghton Mifflin, 1979, 405 p.

COUTINHO, S. et al. Impacto de treinamento baseado na iniciativa Hospital Amigo da Criança sobre práticas relacionadas à amamentação no interior do Nordeste. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 81, n. 6, mar. 2005.

CRUZ, S. et al. Maternal periodontal disease as a factor associated with low birth weight. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 5, out. 2005.

DIETRICH, T.; GARCIA, R. I. Associations between periodontal disease and systemic disease: evaluating the strength of the evidence. **J. Periodontol.**, v. 76, n. 11 Suppl, p. 2175-2184, nov. 2005.

- FILHO, N.; BARRETO, M. **Epidemiologia e saúde: fundamentos, métodos e aplicações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012, 699p.
- FLETCHER, R.; FLETCHER, S. **Clinical epidemiology**. 4th. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2005.
- FORCE, U. P. S. T. **Guide to clinical preventive service**. Baltimore: Willians and Wilkins, 1996, p. 231-246.
- GAZOLLA, C. M. et al. Evaluation of the incidence of preterm low birth weight in patients undergoing periodontal therapy. **J Periodontol**, v. 78, n. 5, p. 842-848, mai 2007.
- GENCO, R.; OFFENBACHER, S.; BECK, J. Periodontal disease and cardiovascular disease: epidemiology and possible mechanisms. **Journal of the American Dental Association**, v. 133 Supl, p. 14S-22S, jun. 2002.
- GLUUD, L. L. Bias in clinical intervention research. **Am. J. Epidemiol.**, v. 163, n. 6, p. 493-501, mar. 2006.
- GREENLAND, S. Randomization, statistics, and causal inference. **Epidemiology**, v. 1, n. 6, p. 421-429, nov. 1990.
- HARRIS, A. D. et al. The use and interpretation of quasi-experimental studies in infectious diseases. **Clinical Infectious Diseases**, Oxford, v. 38, n. 11, p. 1586-1591, jun. 2004.
- HOSMER, D.; LEMESHOW, S. **Applied Logistic Regression**. 2ed. New York: Jon Wiley and Sons, Inc, 2000.
- HÖFLER, M. Causal inference based on counterfactuals. **BMC Medical Research Methodology**, v. 5, p. 28, 2005.



IBRAHIM, M. A.; SPITZER, W. O. The case control study: the problem and the prospect. **J. Chronic. Dis.**, v. 32, n. 1-2, p. 139-144, 1979.

JEFFCOAT, M. K. et al. Current evidence regarding periodontal disease as a risk factor in preterm birth. **Ann. Periodontol.**, v. 6, n. 1, p. 183-188, dez 2001.

\_\_\_\_\_. Periodontal disease and preterm birth: results of a pilot intervention study. **J. Periodontol.**, v. 74, n. 8, p. 1214-1218, ago. 2003.

KUNZ, R.; OXMAN, A. D. The unpredictability paradox: review of empirical comparisons of randomised and non-randomised clinical trials. **BMJ**, v. 317, n. 7167, p. 1185-1190, oct. 1998.

LINDHE, J.; KARRING, T.; LANG, N. **Tratado de periodontia clínica e implantologia oral**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005, 1013p.

LÓPEZ, N. J. et al. Periodontal therapy reduces the rate of preterm low birth weight in women with pregnancy-associated gingivitis. **J. Periodontol.**, v. 76, n. 11 Supl, p. 2144-2153, nov. 2005.

LÓPEZ, N. J.; SMITH, P. C.; GUTIERREZ, J. Higher risk of preterm birth and low birth weight in women with periodontal disease. **J. Dent. Res.**, v. 81, n. 1, p. 58-63, jan 2002a.

\_\_\_\_\_. Periodontal therapy may reduce the risk of preterm low birth weight in women with periodontal disease: a randomized controlled trial. **J Periodontol**, v. 73, n. 8, p. 911-924, aug. 2002b.

MICHALOWICZ, B. S. et al. Treatment of periodontal disease and the risk of preterm birth. **N. Engl J. Med.**, v. 355, n. 18, p. 1885-94, nov. 2006.

MILNE, E. et al. Effect of a school-based sun-protection intervention on the development of melanocytic nevi in children. **Am J Epidemiol**, v. 155, n. 8, p. 739-745, apr. 2002.

MORRIS, C. R. et al. Do calcium channel blockers and antimuscarinics protect against perforated colonic diverticular disease? A case control study. **Gut**, v. 52, n. 12, p. 1734-1737, dec. 2003.

OFFENBACHER, S. et al. Periodontal infection as possible risk factor for preterm low birth weight. **J. Periodontol.**, v. 67, n. 10 Supl, p. 1103-1113, out. 1996.

OLIVEIRA, A. M. et al. Periodontal therapy and risk for adverse pregnancy outcomes. **Clin. Oral Investig.**, v. 15, n. 5, p. 609-715, oct. 2011.

PIRIE, M.; LINDEN, G.; IRWIN, C. Intrapregnancy non-surgical periodontal treatment and pregnancy outcome: a randomized controlled trial. **J. Periodontol.**, v. 84, n. 10, p. 1391-1400, oct. 2013.

POWER, E.; TUNIS, S.; WAGNER, J. Technology assessment in public health. **Annual Reviews on Public Health**, v. 15, 1994.

REICHENHEIM, M.; MORAES, C. Alguns pilares para a apreciação da validade de estudos epidemiológicos. **Rev. Bras. Epidemiol.** São Paulo, v. 1, n. 2, ago. 1998.

ROTHMAN, K.; GREENLAND, S. **Modern epidemiology**. 2nd. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 1998.

ROUQUAYROL, M.; GURGEL, M. **Epidemiologia e Saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2013, 708p.

SACKS, H.; CHALMERS, T. C.; SMITH, H. Randomized versus historical controls for clinical trials. **Am. J. Med.**, v. 72, n. 2, p. 233-340, fev. 1982.

SANT'ANA, A. C. et al. Periodontal treatment during pregnancy decreases the rate of adverse pregnancy outcome: a controlled clinical trial. **J. Appl. Oral Sci.**, v. 19, n. 2, p. 130-136, apr. 2011.

SHADISH, W. R.; HEINSMAN, D. T. Experiments versus quasi-experiments: do they yield the same answer? **NIDA Res. Monogr.**, v. 170, p. 147-164, 1997.

SILVERMAN, H. J.; MILLER, F. G. Control group selection in critical care randomized controlled trials evaluating interventional strategies: An ethical assessment. **Crit. Care Med.**, v. 32, n. 3, p. 852-857, mar. 2004.

TARANNUM, F.; FAIZUDDIN, M. Effect of periodontal therapy on pregnancy outcome in women affected by periodontitis. **J. Periodontol.**, v. 78, n. 11, p. 2095-2103, nov. 2007.

VICTORA, C. G. et al. Achieving universal coverage with health interventions. **Lancet**, v. 364, n. 9444, p. 1541-1548, oct. 2004.

WACHOLDER, S. et al. Selection of controls in case-control studies. II. Types of controls. **Am. J. Epidemiol.**, v. 135, n. 9, p. 1029-1041, may 1992.



# AVANÇOS DA IMUNIZAÇÃO NO BRASIL

*Paloma de Sousa Pinho  
Fernanda de Oliveira Souza*

## **Aspectos históricos da imunização no Brasil**

As primeiras ações públicas e organizadas de saúde no Brasil datam do início do século XIX, com a chegada da corte portuguesa ao país em 1808, no entanto, com a república brasileira instaurada em 1889 houve a expansão da primeira e mais importante ação para a saúde pública - a vacinação. Os governantes planejavam a modernização do país e o seu ingresso no mundo civilizado, porém, com o comércio, a imigração, o fluxo marítimo e a vida econômica e social, muitas vezes adormecidos pelas epidemias de febre amarela e varíola, optou-se tentar, por meio de campanhas sanitárias, modificar o *status quo* sanitário do Brasil (BRITTO, 1995).

Inspirado nas reformas de Haussmann, em Paris, o presidente Rodrigues Alves (1903-1906) possibilitou o início de reformas que foram acompanhadas por grandes campanhas sanitárias contra, por exemplo, a varíola (BENCHIMOL, 1990). O processo de introdução da vacinação em massa no país é empreendido, então, no final do século XIX.

Essa cultura de imunização está associada a um processo de campanhas de vacinação, principalmente contra varíola, as quais foram lideradas pelo médico Oswaldo Cruz, diretor da saúde pública entre 1903 e 1909, e que, desde 1902, dirigia o Instituto Oswaldo Cruz para produzir soros e vacinas. À luz da aprovação da lei da vacinação obrigatória para varíola em outubro de 1904, cujo principal mentor foi Oswaldo Cruz, o estado do Rio de

Janeiro passou pelo episódio conhecido como “Revolta da Vacina” (HOCHMAN, 2011).

Revoltada por diferentes motivos, a população não aceitava a vacinação em massa, alguns por oposição à presidência, outros por considerarem as ações desrespeitosas e de invasão da moralidade e privacidade das famílias (BENCHIMOL, 2003). A revolta paralisou a cidade do Rio de Janeiro entre os dias 10 e 16 de novembro, de 1904, e o controle das rebeliões ocorreu após o decreto de Estado de Sítio e início da dura repressão aos revoltosos com prisões e deportações. Tais ações foram consideradas necessárias pelo estado (HOCHMAN, 2011).

Segundo Mattos (2005, p. 7), a Revolta da Vacina em 1904, faz parte de um processo de apropriação do corpo pela ciência, pois:

[...] as pessoas que se rebelaram naqueles dez dias da Revolta estavam fazendo-o não só pelo acúmulo de ações autoritárias, ou por estarem perdendo suas moradias; era mais que isto, estavam também, perdendo o controle sobre seus próprios corpos (MATTOS, 2005, p. 7).

Entre os anos de 1972 e 1973, após o fim das campanhas de vacinação contra a varíola, o Brasil recebe a certificação internacional da erradicação da enfermidade pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (BRASIL, 2003).

As campanhas de vacinação e o sucesso do Programa Nacional de Imunização (PNI) antecederam a consagração, na Constituição Federal de 1988, de que a saúde, assim como a imunização, é um direito a ser afeiçoado pelo Estado. No caso brasileiro, as vacinas disponíveis gratuitamente pelos serviços públicos de saúde apresentam quantitativo maior do que aquela recomendada pelas organizações de saúde internacionais, como a Organização Pan-Americana (HOCHMAN, 2011).

Nota-se que anos após a introdução da vacina no país, o Brasil foi internacionalmente certificado como livre de varíola.

A criação do PNI, em 18 de setembro de 1973, coincidiu com a erradicação da varíola no mesmo ano, o que denota uma nova possibilidade de políticas de saúde, direcionando a atenção e esforços em ações de prevenção (MOREIRA, 2002). Com a criação do PNI desenvolveu-se ações planejadas e sistematizadas, pois o programa foi formulado e aprovado por determinação do Ministro da Saúde Mário Machado de Lemos, assessorado por respeitados sanitaristas e infectologistas. Sendo assim, desde 1804, o Brasil vem acumulando quase 200 anos de história sobre imunização.

No primeiro momento, os principais objetivos do programa eram a promoção do controle do sarampo, tuberculose, difteria, tétano, coqueluche, pólio e a manutenção da situação de erradicação da varíola (BRASIL, 2003). O PNI, nesses anos, tornou-se referência em cooperação técnica, no que concerne a imunização, para outros países, tais como: Timor Leste, Palestina (Cisjordânia e Faixa de Gaza), Suriname, Angola, Senegal e Argélia (BRASIL, 2014).

Hoje, pode-se perceber que outros resultados expressivos no campo da saúde coletiva alcançaram grande relevância e muitas gravidades epidemiológicas foram controladas. As medidas vacinais de rotina e bloqueios, erradicaram a febre amarela urbana em 1942, a varíola em 1973 e a poliomielite em 1989, controlaram o sarampo, o tétano neonatal, as formas graves da tuberculose, a difteria, o tétano acidental e a coqueluche. Após a criação do programa, foram implementadas medidas para o controle das infecções pelo *Haemophilus influenzae* tipo B, rubéola e da síndrome da rubéola congênita, da hepatite B, da influenza e suas complicações nos idosos (BRASIL, 2003).

Para estimular a produção nacional de imunobiológicos, em 1980, foi criado o Programa de Auto-Suficiência Nacional em Imunobiológicos (PASNI). Um conjunto de instituições públicas que possuía base tecnológica e tradição na produção de algumas vacinas foram então fortalecidos. São exemplos destas instituições: Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos (Bio-Manguinhos)/

Fiocruz, Instituto Butantan, Instituto de Tecnologia do Paraná (Tecpar), Fundação Ataulpho de Paiva e Instituto Vital Brazil. O governo federal investiu cerca de US\$ 150 milhões nessas instituições entre 1986 e 1998 (BRASIL, 2013).

A manutenção das campanhas de vacinação por cerca de quarenta anos reflete-se na própria aceitação popular. Uma pesquisa nacional de avaliação da satisfação dos usuários dos serviços públicos, realizada no ano 2000, pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, revelou que as campanhas de prevenção de doenças são as que mais agradam e têm credibilidade dentro do sistema de saúde brasileiro (BRASIL, 2001a).

Apesar da oposição sofrida ao longo de sua história, a vacina já ocupou lugar de inegável destaque entre os instrumentos de saúde pública. Sendo colocados à disposição dos governos e autoridades sanitárias, é considerada responsável por salvar inúmeras vidas e evitar a propagação de uma série de doenças que poderiam ter levado muita gente a morte (PONTE, 2003).

## **Vacinação à luz do Sistema Único de Saúde**

A contribuição do PNI para o combate as doenças imunopreveníveis se fez ainda mais relevante diante da construção do Sistema Único de Saúde (SUS) no final dos anos 1980. Nesse período inicia-se o movimento de descentralização com os municípios, sendo os executores primários e diretos das ações de saúde, entre elas, a vacinação. Essa ação, por sua vez, tem suas garantias decorrentes do PNI, que fornece vacinas seguras e eficazes para todos os grupos populacionais, desde o recém-nascido até o idoso (SILVA, 2013).

O Brasil que vacinou e revacinou mais de 80 milhões de pessoas (1966-1973), foi o país que erradicou a varíola e fez com que o processo de imunização no país fosse, em grande parte, reconhecido (HOCHMAN, 2011). Há, portanto, claras indicações



históricas de que o tema “imunização” compõe a gênese do processo de produção de políticas públicas no Brasil e de formação do estado. O PNI tem se atualizado (BRASIL, 2014), tanto para ofertar novos imunobiológicos custo-efetivos, como para implementar e fortalecer novos mecanismos e estratégias que garantam e ampliem o acesso da população. Hoje o programa disponibiliza 43 produtos, entre vacinas, soros e imunoglobulinas para todas as faixas etárias (SILVA JÚNIOR, 2013).

No entanto, à luz da reforma sanitária não se pode conter a indignação diante de certos problemas na realidade atual (PAIM, 2009). De tal modo, questiona-se: por que o país que vacinou e revacinou “milhões” de pessoas, ainda hoje apresenta situação vacinal, em alguns grupos, diferente das metas esperadas para proteção da sua população no que concerne a vacinação?

Pode-se afirmar que os brasileiros responderam a muitos desafios com muita ousadia, articulando lutas sociais com a produção de conhecimentos. Enquanto enfrentavam a ditadura e denunciavam o autoritarismo impregnado nas instituições e nas práticas de saúde, defendiam a democratização da saúde como parte da democratização da vida social (PAIM, 2009). Caracterizou-se assim a revolta da vacina, antes revoltados com a metodologia empregada na proteção à saúde, os brasileiros se manifestaram contra a vacinação. Acredita-se que as medidas tomadas em saúde pública na época da revolta (como vacinação obrigatória), eram mais comprometidas com a economia do que necessariamente, com a melhoria das condições de saúde da população.

No Brasil, o Programa Nacional de Imunização tem sido muito exitoso, alcançando uma das mais altas taxas de cobertura de imunização do mundo, sem o uso de estratégias coercitivas e com ofertada gratuita (BARRETO, 2011).

A popularização do processo de imunização deve-se também ao papel que o Ministério da Saúde tem buscado desenvolver, através de metodologias de aproximação com a população. Associou-se a grandes agências de publicidade,

modernizou sua linguagem escrita e visual. Passou a fazer uso de figuras conhecidas no cenário nacional: atores, jogadores de futebol e cantores famosos, e mudou sua estratégia de comunicação com o público. O apelo inicial da campanha contra a pólio, associava a doença ao terror, à culpa e ao medo. E essa característica foi, com o tempo, perdendo força, e as campanhas atuais privilegiam crianças saudáveis com a proposta de demonstrar que a prevenção, sem coerção, é possível para todos. Essa característica também se deu a partir da incorporação do sentido/conceito de saúde estabelecido a partir do SUS.

### **Vacinas garantidas gratuitamente para o adulto brasileiro**

A literatura nacional e internacional reconhece a importância dos programas de imunização como uma das medidas mais eficazes para a promoção da saúde dos povos, independentemente das diferenças socioeconômicas e culturais (MITCHEL; BOSSERT; MOLLAHALILOGLU, 2008). Afirmam também, que o desenvolvimento de vacinas seguras e efetivas para a prevenção de doenças infecciosas, é uma das mais relevantes ações da tecnologia em saúde (ARANDA; MORAES, 2006).

O PNI é referência mundial para a organização de campanhas de vacinas em outros países, está vigilante ao perfil epidemiológico das doenças infectocontagiosas e tem aumentado a distribuição de imunobiológicos para o calendário básico e para as vacinas de bloqueio (LUNA et al., 2011).

Sabe-se que ao longo do tempo vários calendários vacinais foram propostos, a partir de obrigações legais, realidade epidemiológica ou para incorporação de novas vacinas. Porém, antes de estabelecer um calendário vacinal, é necessário que se considere as características individuais e sociais, o perfil epidemiológico das doenças regionais, e as condições de base disponíveis (FEIJO; CUNHA; KREBS, 2006).

O Ministério da Saúde do Brasil publicou, em portaria de número 3.318/10, a última revisão do calendário vacinal do Programa Nacional de Imunizações. Esta determina o cumprimento do calendário como de caráter obrigatório e deve ser comprovado através de atestado de vacinação emitido por serviços públicos de saúde ou pelas clínicas privadas de vacinação, desde que estejam de acordo com a legislação vigente (BRASIL, 2013).

Atualmente, o PNI garante vacinação gratuita para toda população adulta e os imunológicos disponibilizados protegem contra hepatite B; difteria e tétano; sarampo, caxumba e rubéola; e febre amarela (BRASIL, 2014). A vacinação para hepatite B, possui especificidade, tendo em vista que após o recebimento das doses previstas, o indivíduo necessita confirmar imunidade através de exame sorológico, visto que, pesquisas apontam que cerca de 5% da população que recebeu o esquema de três doses desta vacina não atinge a imunidade (CHÁVES, 2003).

Sabe-se que a eficácia da vacina para hepatite B é de até 95% e a mesma garante proteção para as hepatites B e D. Diminuem a eficácia da vacina fatores como: imunodepressão, diabetes, obesidade, tabagismo, insuficiência renal, aplicação na região glútea. O esquema básico constitui-se de três doses, com intervalos de 30 dias da primeira para a segunda dose e 180 dias da primeira para a terceira dose. “A vacina deve ser ofertada aos grupos vulneráveis não vacinados ou sem comprovação de vacinação anterior, a saber: gestantes, (após o primeiro trimestre de gestação), trabalhadores da saúde e outros grupos diretamente expostos ao contato com fluidos biológicos” (MASTRO et al., 2005). Para indivíduos que não estão dentro do grupo de risco a vacina está indicada para pessoas de 29 a 49 anos de idade (BRASIL, 2013).

No que diz respeito à vacina dupla tipo adulto (dT) é indicada a partir dos sete anos de idade, para prevenção do tétano acidental e da difteria. O ministério preconiza três doses com intervalo entre as doses de 60 (sessenta) dias e no mínimo de 30 (trinta) dias para pessoas adultas. No caso do indivíduo ter recebido

anteriormente três doses das vacinas DTP, Dt ou dT ele deverá receber reforço, dez anos após a data da última dose. Em casos de gravidez e ferimentos graves, antecipar a dose de reforço, sendo a última dose administrada há mais de cinco anos. A mesma deve ser administrada no mínimo 20 dias antes da data provável do parto. Algumas situações especiais devem ser consideradas: em caso suspeito de difteria, avaliar a situação vacinal dos comunicantes; nos comunicantes com esquema incompleto de vacinação, este deve ser completado e nos comunicantes vacinados que receberam a última dose há mais de 05 anos, deve-se antecipar o reforço (BRASIL, 2010c).

Sabe-se que o Ministério da Saúde vem desenvolvendo campanha de vacinação em massa contra o tétano neonatal, principalmente (ARAÚJO et al., 2006). Porém, apesar da alta prevalência de vacinação, esta ainda está diferente da meta proposta pelo ministério da saúde que seria de 100% de vacinação para mulheres em idade fértil nos municípios brasileiros (BRASIL, 2001).

A vacina dupla viral e a tríplice viral tem como recomendação, a administração de uma dose para mulheres de 12 a 49 anos e para homens até os 39 anos de idade, que não tiverem comprovação de vacinação anterior. São contra-indicadas na gestação e para pessoas imunodeprimidas. As mulheres vacinadas devem evitar gestação por 28 dias, mas se a vacina for aplicada inadvertidamente em gestantes, não é recomendada interrupção da gravidez (BRASIL, 2010).

Sabe-se que o sarampo é uma doença que, nas Américas, já alcançou o controle desde 2001. A partir de então, o país registrou casos relacionados à importação do vírus, em 2001, na cidade de São Paulo e, em 2004, na cidade de Blumenau-SC, importados do Japão e da Europa respectivamente (LO et al., 2008).

O Estado da Bahia tem tido êxito nas ações para a eliminação das doenças imunopreveníveis nas últimas décadas e tem tido, também, resultados de agilidade nas ações de vigilância epidemiológica e de imunização. O fortalecimento no enfrentamento dos casos importados de doenças exantemáticas,

consolida no Estado, a ausência da transmissão autóctone dos vírus do sarampo e da rubéola (SESAB, 2013).

Há necessidade, portanto, da continuidade da manutenção de uma vigilância alerta para o acontecimento de possíveis casos das doenças. Apesar da eliminação da doença na Bahia, a situação vacinal para sarampo, por exemplo, esteve em 2009 e 2010 abaixo de 95%. Por isso deve-se intensificar as ações preventivas para não comprometer os esforços de erradicação na região (BRASIL, 2011).

Em relação à febre amarela recomenda-se que toda a população residente na área endêmica (Região Norte, Centro-Oeste e área pré-amazônica do Maranhão) seja periodicamente vacinada, sendo que os susceptíveis das áreas endêmicas devem ter cobertura igual a 100% (BRASIL, 2014). Aproximadamente 90% das pessoas vacinadas apresentam anticorpos neutralizantes no soro, já a partir do 10º dia de vacinação, os quais podem permanecer por mais de 10 anos. Por isso a vacina deve ser aplicada, no mínimo, 10 dias antes de deslocamentos para áreas endêmicas. A vacina anti-amarílica é o único meio eficaz para prevenir e controlar a doença, já que interrompe o ciclo de transmissão. No caso da população residente fora da área endêmica, a vacina está recomendada para o adulto não vacinado – uma dose e, dez anos depois, a dose de reforço (BRASIL, 1999; FEIJO; CUNHA; KREBS, 2006; BRASIL, 2010c; BRASIL, 2014).

Percebe-se nas recomendações para as diferentes vacinas parâmetros a respeito da ecodiversidade do território brasileiro, e mostra como eles contribuem para a variada distribuição das doenças infecciosas no país. Manter o quadro de erradicação e/ou níveis elevados de coberturas vacinais tem sido, cada vez mais, não apenas uma questão de saúde pública, mas também de cidadania.

### **Aspectos importantes sobre a vacinação**

A cultura de imunizar-se faz parte da história de saúde pública do país, no entanto, estudos têm evidenciado que aceitação/

adesão à vacinação ou sua prevalência na população é influenciada pela ocupação, escolaridade e sexo (SOUZA, 2013; ASSUNÇÃO et al., 2012). Menor escolaridade tem sido relacionada a não ter iniciado esquema para todos imunobiológicos previstos gratuitamente, revelando que essa condição pode influenciar na aceitação à vacinação ou manutenção do estado vacinal adequado.

Os indivíduos do sexo feminino têm apresentado maior prevalência de vacinação, do que aqueles do sexo masculino. Este achado aponta, como o homem ainda se exclui das ações de saúde. Considera-se relevante as questões relacionadas ao gênero, quando se discute ações de autocuidado, no caso a vacinação, pois, já é sabido que as mulheres possuem maior probabilidade de adotarem medidas de cuidados com o corpo e com a própria saúde, do que os homens. A política nacional de atenção integral à saúde do homem (BRASIL, 2008), tem como um dos eixos norteadores as medidas de cuidado específicas para prevenção de doenças infecciosas, dentre elas, a imunização.

A literatura também tem evidenciado o desconhecimento da população sobre a necessidade de confirmar sua imunidade através do exame Anti-Hbs, pois a vacina para hepatite B não garante 100% de imunidade, e que a quantidade de anticorpos circulantes deve ser superior a 10 mUI/ml. Este conhecimento precisa ser propagado dentro e fora da instituição de saúde tendo em vista a proteção (GARCIA; FACCHINI, 2008; ASSUNÇÃO et al., 2012; SOUZA, 2013; SOUZA, et al., 2015).

Apesar de nos dias atuais a população ter o direito de escolher a intervenção, através da vacina, sobre seus corpos, este livre arbítrio perpassa por fatores intrínsecos e extrínsecos, e que influenciam a aceitação no que concerne a imunização. Questões culturais como a presença do medo de receber vacina e os eventos adversos possivelmente associados à vacinação, ainda são questões que precisam ser melhor abordadas em inquéritos de pesquisa (SOUZA, 2013).

Há compreensão de que existem barreiras culturais (individuais), como também institucionais no que diz respeito a

adesão à vacinação com esquemas completos, haja vista que apenas poucos indivíduos têm completado esquema vacinal para as quatro vacinas previstas pelo PNI para o adulto. Apesar da existência do calendário do adulto, a imunização de alguns grupos ainda está aquém daquelas previstas pelo Ministério da Saúde e poucos inquéritos epidemiológicos avaliam a situação vacinal de parcelas da população, como moradores de rua, dependentes químicos, trabalhadores informais, entre outros.

### **Considerações Finais**

Há de se considerar os avanços alcançados pelo PNI, no entanto, muito ainda deve ser feito para atingir a meta de se vacinar todos, sem exclusão. O PNI, hoje, é um programa não apenas para crianças, mas para toda população e a introdução das vacinas e sua aceitação, até mesmo como cultura, deve ser considerada e, sobretudo, valorizada. Grupos de pesquisas também necessitam suscitar o questionamento sobre estado vacinal nos diferentes grupos populacionais, para maiores produções sobre a temática e o aperfeiçoamento científico, além da proposição de estratégias que continuem a consolidar o programa.

A vacinação, ao lado das demais ações de vigilância epidemiológica, vem ao longo do tempo perdendo o caráter verticalizado e se incorporando ao conjunto de ações da atenção primária em saúde. As campanhas, as intensificações, as operações de bloqueio e as atividades extramuros são operacionalizadas pela equipe da atenção primária, com apoio dos níveis distrital, regional, estadual e federal, sendo fundamental o fortalecimento da esfera municipal para consolidação e fortificação dos programas de caráter nacionais.

Todas essas ações têm tido papel fundamental no combate, controle e erradicação de doenças transmissíveis, mas vale salientar a importância da comunidade em aceitar, entender, perpetuar o ato

de imunizar-se, além de propagar a ação do bem para seus filhos(as), vizinhos(as), familiares e comunidade geral é o que diferencia o fato de simplesmente imunizar-se, do que compreendemos ser uma ação coletiva, ou seja, algo feito para todos.

Aceitar imunização como um ato coletivo é o passo primordial para ter a população como principal aliado nesse processo que, por hora, chamamos de vacinação.

## Referências

ARANDA, C. M. S. S.; MORAES, J. C. Rede de frio para a conservação de vacinas em unidades públicas do município de São Paulo: conhecimento e prática. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 172-185, jun. 2006.

ARAÚJO, T. M. E et al. Cobertura vacinal de profissionais de saúde no Piauí. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 95-100, abr. 2006.

ASSUNCAO, A. Á.; ARAUJO, T. M. de; RIBEIRO, R. B. N. Vacinação contra hepatite B e exposição ocupacional no setor saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 665-673, jun. 2012.

BARRETO, M. L., et al. Sucessos e fracassos no controle de doenças infecciosas no Brasil: o contexto social e ambiental, políticas, intervenções e necessidades de pesquisa. Saúde no Brasil. **The Lancet.**, p. 47-50, maio 2011.

BENCHIMOL, J. L. **Pereira Passos**: um Haussmann tropical - a renovação urbana da cidade do Rio de Janeiro no início do século XX. Rio de Janeiro: Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, Secretaria Municipal de Cultura, Turismo e Esportes, Departamento Geral de Documentação e Informação Cultural, 1990.



BRASIL. **Manual de vigilância epidemiológica da febre amarela.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1999. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manu\\_feam.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manu_feam.pdf)>. Acesso em: 07 mai. 2014.

\_\_\_\_\_. **Manual de Procedimentos para Vacinação. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.** Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/funasa/manu\\_proced\\_vac.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/funasa/manu_proced_vac.pdf)>. Acesso em: 13 abr. 2014.

\_\_\_\_\_. **Programa Nacional de Imunização.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2003. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/politicas/livro\\_30\\_anos\\_pni.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/politicas/livro_30_anos_pni.pdf)>. Acesso em: 06 nov. 2014.

\_\_\_\_\_. **Manual de vigilância epidemiológica de eventos adversos pós-vacinação.** Brasília, DF: Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica, 2008.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 3.318/GM de, 28 de outubro de 2010. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília-DF, Ministério da Saúde, Seção 1, p. 105-107, 29. out. 2010.

\_\_\_\_\_. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde Relatório de Situação. Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde – Bahia. Brasília, DF. Série C. **Projetos, Programas e Relatórios**, 2011.

\_\_\_\_\_. **Calendários Básicos de Vacinação da Criança, do Adolescente e do Adulto e Idoso.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 78.231, de 12 de agosto de 1976. Regulamenta a Lei no 6.259, de 30 de outubro de 1975, que

dispõe sobre a organização das ações de vigilância epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas a notificação compulsória de doenças e da outras providências. **Brasilsus**. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/decretos/13479-78231.html>>. Acesso em: 20 out. 2014.

\_\_\_\_\_. Lei nº 6.259, de 30 outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de vigilância epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas a notificação compulsória de doenças e da outras providências. **Planalto**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l6259.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6259.htm)>. Acesso em: 20 out. 2014.

\_\_\_\_\_. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis, 2014.

\_\_\_\_\_. **Política nacional de atenção integral à saúde do homem**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Estratégicas, 2008b.

BRITTO, N. **Oswaldo Cruz**: a construção de um mito na ciência brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

CHÁVEZ, J. H.; CAMPANA, S. G.; HAAS, P. Panorama da hepatite B no Brasil e no Estado de Santa Catarina. **Rev. Panam. Salud Públ.**, Washington, v.14, n. 2, p. 91-96, 2003.

FEIJO, R. B.; CUNHA, J.; KREBS, S. L. Calendário vacinal da Infância e Adolescência: Avaliando Diferentes Propostas. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 82, n. 3, jul. 2006.

GARCIA, L. P.; FACCHINI, L. A. Vacinação contra a hepatite B entre trabalhadores da atenção básica à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1130-1140, maio 2008.

LO, S. C. et al. Vacinação dos viajantes: experiência do Ambulatório dos Viajantes do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 474-478, set-out. 2008.

LUNA, G. L. M. et al. Aspectos relacionados à administração e conservação de vacinas em centros de saúde no Nordeste do Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 513-521, fev. 2011.

MASTRO, E. E. et al. A estratégia de imunização completa para eliminar a transmissão do vírus da hepatite B nos Estados Unidos: recomendação do Comitê Consultivo em Práticas de Imunização (ACIP). **Recom. Rep**, v. 54, p. 1-31, 2005.

MITCHELL, A. D.; BOSSERT, T. J.; MOLLAHALILOGLU, S. Health worker densities and immunization coverage. In: Turkey: a panel data analysis. **Human Resources for Health**, Londres, v. 6, n. 29, 2008.

MOREIRA, S. M. **Política de Imunização no Brasil**: processo de introdução de novas vacinas. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4806>>. Acesso em: 05 nov. 2012.

PAIM, J. S. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 27-37, jan.-abr. 2009.

PONTE, C. F.; Vacinação, controle de qualidade e produção de vacinas no Brasil a partir de 1960. **Hist. Cienc. Saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 10, supl. 2, p. 619-53, 2003.

SESAB (Secretaria de Saúde do Estado da Bahia). Boletim epidemiológico das doenças exantemáticas. **SUVISA – DIVEP**. n 01, 2013. Disponível em: <[http://www.suvisa.ba.gov.br/vigilancia\\_epidemiologica/boletim\\_epidemiologico?doenca\\_agravo=All](http://www.suvisa.ba.gov.br/vigilancia_epidemiologica/boletim_epidemiologico?doenca_agravo=All)>. Acesso em: 09 fev. 2015.

SILVA JUNIOR, J. B. 40 anos do Programa Nacional de Imunizações: uma conquista da Saúde Pública brasileira. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n.1, p. 7-8, 2013.

SOUZA, F. O. **Vacinação entre trabalhadores adultos do centro de ciências da saúde da universidade federal do recôncavo da Bahia**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem)-Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Santo Antônio de Jesus, 2013.

SOUZA, F. O. et al. Vacinação contra hepatite B e Anti-HBS entre trabalhadores da saúde. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 172-179, Jun. 2015.

# **A TRAJETÓRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO BRASIL: configuração sócio-histórica e (velhos) desafios**

*Regina Célia Borges de Lucena*

O início das práticas coletivas de saúde pode ser reconstituído em três etapas, das quais a primeira foi a medicina de Estado, que se desenvolveu no começo do século XVIII, principalmente na Alemanha, por meio do que se chama ciência do Estado (FOUCAULT, 2008). Essa ciência agrupou não apenas o funcionamento geral do aparelho político do Estado, mas também uma série de procedimentos pelos quais o Estado exercia o controle sobre o quadro de saúde da população, a polícia médica. A segunda etapa do nascimento da medicina social correspondeu à medicina urbana, na França, em fins do século XVIII, com métodos de vigilância e hospitalização que tinham, entre os seus objetivos, o de controlar a circulação e demais elementos relacionados à saúde na vida das cidades. Na terceira etapa, predominante na Inglaterra do século XIX, por ocasião do desenvolvimento industrial, a medicina do trabalho tinha como foco o controle da saúde da força do trabalho e a assistência aos pobres e visava assegurar as condições necessárias para a ascensão da burguesia.

Algumas dessas antigas práticas, especificamente as que se referem ao controle sobre a saúde da população, conformam o que hoje no Brasil se chama vigilância sanitária que, nesse sentido, é considerada como uma das práticas fundadoras da saúde pública no país (DE SETA, 2007). Foi com a chegada da Família Real, a partir do início do século XIX, que surgiram as primeiras atividades de controle de navios e saúde dos portos, ao lado dos primeiros serviços, então chamados de serviços para a execução e controle de

medidas de higiene pública (CONASS, 2007). Desde esse período, aconteceram muitas mudanças institucionais e de conteúdo nesse campo, a maior parte delas guiadas por interesses presentes no interior do Estado. Este capítulo tem o objetivo de recompor a configuração sócio-histórica da vigilância sanitária no país, de forma a compreender as características e resultados de sua atuação em cada período.

Trata-se de pesquisa bibliográfica, desenvolvida a partir de fontes que incluem principalmente livros, produções acadêmicas e artigos científicos sobre o tema. O recorte cronológico incluiu desde as primeiras ações de vigilância sanitária desenvolvidas no país, no período da colonização, até a criação da ANVISA, no âmbito da reforma gerencial do Estado brasileira na década de 1990. Buscou-se relacionar o papel desempenhado pela vigilância sanitária em cada período ao contexto sócio-histórico e à Política Nacional de Saúde vigente.

### **Da colonização à República: colônia e império doentes**

O descobrimento do Brasil acontece no contexto de expansão mercantil europeia, no qual a burguesia portuguesa ocupava lugar de destaque. A exploração do país e a incorporação da nova terra se iniciam pelo litoral, se estendem por meio de formas predatórias de exploração econômica e foram marcadas, em seu período inicial, pela disputa colonialista entre o Estado Português e outros países (ALBUQUERQUE, 1981). Sob o ponto de vista de formação social, a colonização portuguesa no Brasil teve entre as suas características gerais, segundo Freyre (2006, p. 65), a formação de uma sociedade agrária, “à sombra das grandes plantações de açúcar” (p. 79):

(...) escravocrata na técnica de uso de trabalho regular por meio da escravidão; híbrida na composição, de índio e, mais tarde, de negro;

baseada na estabilidade patriarcal da família; e com todas essas características subordinadas “ao espírito político e de realismo econômico e jurídico”

Nesse período, duas fases se desenvolveram: na primeira, até a chegada da Família Real, prevaleceu a assistência escassa, dada por (poucos) médicos e por curandeiros (BUENO, 2005). O crescimento de surtos epidêmicos, enfrentados por meio de hospitalização precária e isolamento dos doentes, levava a um quadro de população miserável e doente. Essa população padecia também dos problemas de desenvolvimento físico, decorrentes de deficiências alimentares (oriundas da monocultura) e da inadaptação ao clima. A esse quadro se somava os estragos causados pela sífilis e pelas verminoses, que afetaram as populações mestiças de forma devastadora (BUENO, 2005).

Na segunda fase, com a chegada da Família Real, em 1808, instalou-se o Estado Absolutista Português no Brasil, iniciando uma etapa escravista subordinada ao capitalismo mundial. Com isso, a circulação de mercadorias na economia escravocrata brasileira passa a se articular diretamente ao centro hegemônico do capitalismo, a economia industrial inglesa e, posteriormente, a outras nações européias. O aumento do comércio favoreceu o desenvolvimento da indústria naval e aumentou o interesse pela imigração, o que levou à pressão inglesa pela extinção do tráfico negreiro no Brasil. Isso aconteceu em 1850, quando se inaugura a transição para o capitalismo, com o deslocamento do polo econômico escravocrata para a burguesia capitalista (ALBUQUERQUE, 1981).

Nesse período, as práticas de saúde pública pouco avançaram, mais para se adequar às necessidades da estrutura capitalista em formação. Surgem nessa época iniciativas de polícia médica, condizentes com o modelo vigente na Europa. São estabelecidas normas mais rígidas para o controle sanitário dos portos, alimentos e inspeção de estabelecimentos, como açougues e boticas. As ações mais marcantes desse período são a criação de

cargos na administração pública para exercer poderes de polícia médica: provedor-mor e físico-mor, responsáveis conjuntamente pela prevenção de epidemias e supervisão geral da saúde pública (DE SETA, 2007).

Com o reconhecimento da independência do Brasil em 1822, inicia-se a etapa nacional monárquica, que se estende até 1889. O processo centralizador e autoritário respondia aos interesses de setores nacionais (burguesia capitalista e pequena burguesia) e internacionais (países capitalistas hegemônicos), num contexto de recessão econômica. Essa fase foi marcada pela contestação do regime por diversos movimentos sociais, que lutavam contra a centralização monárquica. A transição de Império para República em 1889, significou o ingresso definitivo do país no sistema capitalista, bem como a formação de relações de dependência econômica no cenário internacional. É desse período a progressiva decadência do trabalho escravo, que daria lugar a relações de trabalho baseadas no assalariamento e separação entre os trabalhadores e os meios de produção (ALBUQUERQUE, 1981).

No início desse período, no ano de 1828, os cargos de provedor-mor e físico-mor deram lugar às Câmaras Municipais, responsáveis por funções de inspeção de saúde pública, e pela emissão de códigos de posturas para regular esses assuntos. A insuficiência das ações para o controle de doenças resulta na eclosão de uma série de epidemias<sup>6</sup>: varíola (1834-1835), gripe (1835), febre tifóide (1836) e sarampo (1835-1836). Essas doenças tinham um forte impacto econômico e se tornaram uma ameaça ao processo de acumulação do capital, então em expansão: dificultavam o comércio portuário, pois comprometiam a exportação dos produtos nacionais; matavam ou incapacitavam a força de trabalho local, ao mesmo tempo em que afugentavam a mão de obra estrangeira (GABRIEL, 2005).

A permanência desse quadro, com o ressurgimento da febre amarela em 1849-1850 levou à revogação da municipalização dos serviços de saúde pública, substituídos por órgãos centralizados – primeiro, uma Comissão Central de Saúde Pública, nomeada pelo



Governo, que seria o embrião da Junta Central de Higiene Pública, criada em 1851 e que se manteve até fins do século XIX, quando foi substituída por duas inspetorias gerais: a Higiene e a de Saúde dos Portos. Embora incapazes de solucionar os graves problemas de saúde pública da época, a Junta representou uma nova forma de organização dos serviços de saúde pública, inclusive quanto à imposição de padrões sanitários mais rígidos (CONASS, 2007; GABRIEL, 2005).

### **A República Velha: entre o sanitarismo e o lucro**

A queda da monarquia foi um requisito para a ascensão da burguesia no Brasil e representou a consolidação e dominância das relações capitalistas de produção. O café passou a se afirmar enquanto principal produto da exportação brasileira, em detrimento do açúcar, representando a hegemonia do Sudeste do país a partir dessa mudança. Inicia-se uma migração de trabalhadores nordestinos para a região Norte, numa fase de relativo desenvolvimento econômico resultante do extrativismo da borracha, onde viviam num regime de exploração que garantia a acumulação do capital pelos proprietários da terra, com quem mantinham um contínuo endividamento, desde compra do material de trabalho até os alimentos que consumiam (ALBUQUERQUE, 1981).

Ao mesmo tempo, a diversificação na estrutura agrária brasileira veio acompanhada do progressivo empobrecimento e marginalização da população trabalhadora rural, expressos na manutenção das relações de coronelismo e na tensão social, manifestada em vários movimentos rurais, entre eles a Guerra de Canudos. Ao final desse período, no pós I Guerra Mundial, avançou o crescimento da industrialização, com a conseqüente emergência de um proletariado urbano articulado a organizações internacionais (ALBUQUERQUE, 1981).

As oligarquias dos estados mais ricos, dominantes nesse período, buscaram o apoio da ciência da higiene para melhorar as

condições sanitárias nas áreas importantes para alavancar a economia nacional: as cidades e os portos. Datam dessa época, na década de 1900, a criação das primeiras instituições de pesquisa biomédica e saúde pública do país. Por um lado, a oligarquia local, especialmente em São Paulo e no Rio de Janeiro, destinou grandes verbas para essas ações, em busca de soluções para os problemas que atingiam a sua produção. Por outro, esses cientistas formaram o Movimento Sanitarista da Primeira República, com forte influência sobre as concepções de saúde e doença e sobre as propostas de ações de saúde pública, resultando inclusive nas iniciativas que precederam as políticas de saúde no Brasil. Como sanitaristas, realizavam expedições para o interior do país, para reconhecer e atuar sobre a situação crítica de saúde da população no interior do país, contra o que lideraram movimento pelo saneamento rural, que se intensificou no início do século XX (BERTOLLI FILHO, 2008; BUENO, 2005; LIMA; HOCHMAN, 2008).

Essas influências do Movimento Sanitarista resultaram na criação das bases para a formação de uma burocracia em saúde pública, como por exemplo, com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), em 1920. Criado a partir das idéias da Reforma Carlos Chagas, caracterizada pela expansão e centralização das ações de saúde pública e por seu elevado grau de autoritarismo, o Departamento exercia função de fiscalização de estabelecimentos e produtos de saúde por meio de suas diversas inspetorias (DE SETA, 2007). No Rio de Janeiro, por exemplo, o Departamento, comandado por Oswaldo Cruz, foi responsável pela retirada da população dos morros, destruição das favelas e terraplanagem desses locais, sob a alegação de que dificultavam a circulação do ar e comprometiam a saúde coletiva (BUENO, 2005). O Decreto que estabeleceu as competências do DNSP, que data de 1923 e foi considerado como Regulamento Sanitário Federal por muito tempo, incorporou a expressão vigilância sanitária, então utilizada tanto para o controle de pessoas doentes ou com suspeita de doença transmissível, como para estabelecimentos e locais (COSTA; ROZENFELD, 2009).

“A compreensão das ações de saúde no país dessa época desagregava a medicina e a saúde pública em campos distintos, a primeira para curar e a segunda para prevenir e promover” (MERHY, 2006). Esse modelo, chamado pelo autor de tecno-assistencial, resultou, em termos de atenção à saúde, que o atendimento em saúde fosse realizado por instituições filantrópicas, ou a trabalhadores vinculados formalmente ao mercado de trabalho. Este último condicionante é denominado por Santos (1998) de “cidadania regulada”, já que os direitos do cidadão ficam condicionados à estratificação do trabalho, sob a tutela do Estado.

Com relação à organização dos serviços de saúde, destaca-se o vínculo com a previdência social e o processo de privatização da assistência, marcos que tiveram início na década de 1920 e que permanecem atuais (COHN; ELIAS, 1996). Em 1923, a Lei Eloi Chaves foi aprovada pelo Congresso Nacional; por meio dela, foram instituídas as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), consideradas como embrião do sistema de previdência social brasileiro (COHN, 1995). As CAPs se constituíram numa modalidade de seguro para trabalhadores do setor privado e eram organizadas pelas próprias empresas para o operariado urbano e cuja criação dependia da mobilização e organização dos trabalhadores (POLIGNANO, 2013). Tinham a função de prestação de benefícios (pensões e aposentadorias) e de assistência médica aos filiados e dependentes. No caso da assistência médica, Cohn e Elias (1996) chamam a atenção para o processo de privatização precoce dos serviços de saúde, com o credenciamento, já nesse período, de serviços médicos privados pela previdência social, no âmbito das CAPs.

Seguindo esse formato e diretrizes, as CAPs se multiplicaram rapidamente, de forma que, entre 1923 e 1930, foram criadas mais de 40, que atendiam a mais de 140.000 segurados (MENDES, 1993). Os seguintes grandes traços da previdência social foram definidos a partir daquele momento: a implementação, por iniciativa do Estado, de um seguro social com caráter altamente controlador

dos segmentos de trabalhadores dos setores essenciais à economia brasileira, para disciplinar essa força de trabalho e, ao mesmo tempo, assegurar-lhe formas mínimas de sobrevivência; a repartição tripartite de financiamento entre empregadores, trabalhadores e Estado que, por sua vez, arrecadou recursos para esse fim por meio da criação de novos impostos; o acesso do trabalhador e seus dependentes à assistência médica, na condição de filiados ao seguro social; e o caráter assistencialista e não universalizante do seguro social, vigente até hoje (COHN; ELIAS, 1996).

No contexto mundial, esse período corresponde à sucessão de crises econômicas e políticas em que se conjugaram fatores de ordem interna e externa, e que tiveram como efeito a diminuição do poder das oligarquias agrárias. Lima et al. apontam três crises que marcaram os países capitalistas nesse período: a de integração nacional, a de participação política e a de distribuição de riqueza (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2008). Esse novo quadro influenciará os rumos da política de saúde no país.

### **O Estado Novo: institucionalização e dualidade**

A crise da República Velha culminou com a formação de um movimento golpista, afinado com os interesses da burguesia industrial, que levou ao poder Getúlio Vargas, com o objetivo de promover a expansão da estrutura econômica e o ordenamento legal para essas mudanças. A crise econômica mundial de 1929 teve repercussões importantes sobre a estrutura brasileira, decretando uma fase de forte intervencionismo estatal, principalmente a partir de 1934. Com isso, crescem os órgãos estatais destinados ao controle e execução de diversas atividades prioritárias naquela conjuntura. Além disso, o Estado apoiou a diversificação da economia, tanto na agricultura, quanto na indústria. Nesse último ponto, destacam-se a proteção à indústria nacional e o aumento das exportações (ALBUQUERQUE, 1981).

O Estado Novo representou o resultado de uma aliança entre o grande latifúndio e a burguesia industrial, assumindo o papel de moderador, de forma a dirigir o processo de expansão do capitalismo e, ao mesmo tempo, impedir mudanças estruturais nas relações sociais agrárias. O controle do proletariado urbano foi, assim, exercido pelo Estado ao lado de estratégias para impedir a sua aliança com as massas rurais (ALBUQUERQUE, 1981). O Estado, forte, autoritário e centralizador, deu condições para um enorme desenvolvimento industrial, com mudanças na estrutura produtiva, que resultaram no deslocamento do eixo exportador para o industrial. A ação política do Estado, por sua vez, era exercida por uma burocracia civil e militar, enquanto o populismo orientava a política trabalhista do Governo (ALBUQUERQUE, 1981; COSTA; ROZENFELD, 2009). Portanto, Getúlio Vargas, que governou até 1945, adotou a estratégia de centralização da máquina governamental, ao lado do bloqueio e repressão das reivindicações sociais (BERTOLLI FILHO, 2008).

Nesse contexto, as CAPs foram, no período de 1933 a 1938, unificadas e absorvidas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que passam a congregam os trabalhadores por categorias profissionais e a contar com maior participação (e controle) do ente estatal na sua administração. A receita das IAPs passa a ser em função do salário dos trabalhadores, convertendo-se em mecanismo de captação dos recursos dos trabalhadores, sob a forma de poupança forçada. Isso resultou em investimentos econômicos voltados para a industrialização do país, como a Companhia Hidrelétrica do Vale do São Francisco, a Petrobrás e até a construção de Brasília (COHN, 1995; POLIGNANO, 2013).

Todas essas características cristalizaram o perfil da política previdenciária brasileira: a centralização, o burocratismo, a ineficiência e o seu uso como instrumento econômico para fins de acumulação e de legitimação do poder instituído (COHN; ELIAS, 1996). Segundo os autores, essa política de Previdência Social significou não apenas a vulnerabilidade do seguro social das

classes trabalhadoras, aos interesses econômicos, mas também a consolidação de relações clientelísticas e eleitoreiras entre o Estado e os sindicatos, concretização na alocação diferenciada de recursos aos IAPs. A promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), em 1960, e, posteriormente, a unificação da Previdência Social, marca também a perda de representatividade dos trabalhadores na gestão do sistema:

Sob o ponto de vista institucional, um marco importante foi a criação do Ministério da Educação e da Saúde Pública, em 1930 (que viria a ser o Ministério da Educação e Saúde, em 1937), que incorporou o DNSP e promoveu uma ampla reforma nos serviços sanitários do país. A distinção das ações públicas de saúde ficou expressa no estabelecimento da assistência médica individual previdenciária por meio do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. Além dessa dualidade na assistência, houve ainda uma pulverização das ações de saúde em outros setores, como a fiscalização de produtos de origem animal, que passou para o comando do Ministério da Agricultura, em 1934, e a higiene e segurança do trabalho, vinculada ao Ministério do Trabalho, em 1942.

Nas ações de saúde pública, prevaleceu fortemente o modelo de sanitarismo campanhista no país, “como se perseguisse a tomada de posse do espaço geográfico nacional”. Nessa conjuntura, foram desenvolvidos projetos verticais permanentes voltados para o combate de grupos específicos de doenças. A criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), em 1942, foi emblemática dessa estratégia de atuação. O Serviço foi criado para facilitar a ocupação de regiões estratégicas para a economia, como a produção de borracha na Região Amazônica (MERHY, 2006).

A opção pela organização normativa centralizada e executiva descentralizada dos serviços de saúde privilegiou a esfera estadual, assegurando adequação entre o modelo e os inúmeros interesses políticos em conflito. O modelo também resultou no aprofundamento das diferenças entre os espaços urbano e rural,

com assistência médica previdenciária para os trabalhadores urbanos e ênfase nas ações de saúde públicas (em doenças específicas) voltadas para a população rural (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2008). No campo da vigilância sanitária, houve intensa produção normativa e legal nesse período, em consonância com o modelo de organização normativa centralizada (COSTA; ROZENFELD, 2009). Essas normas tratavam principalmente de medicamentos, soros e vacinas.

### **A redemocratização pós-Vargas: centralização e instabilidade**

No período entre 1945 a 1964, após a deposição de Getúlio Vargas e antes do Golpe Militar, o país viveu uma fase conhecida como redemocratização, marcada pela formulação de uma Constituição democrática de inspiração (BERTOLLI FILHO, 2008). O projeto assumido por uma grande aliança de partidos defendia a recuperação dos direitos e liberdades vigentes no capitalismo. A orientação populista foi mantida na forma de governar, inclusive com uma nova eleição de Getúlio Vargas. Entretanto, as contradições inerentes ao projeto instalado foram se acentuando ao longo do tempo: impossibilidade de conciliar a solução nacionalista com a estrutura capitalista e da burguesia nacional, com empoderamento dos setores populares (ALBUQUERQUE, 1981). Essa contradição era, em última instância, “entre ‘liberais’, que criticavam o planejamento econômico (...) e ‘desenvolvimentistas’, (...) com a defesa de uma maior intervenção e planificação estatal” (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2008, p. 48). O período de redemocratização foi marcado por intensa instabilidade política, com diversas manifestações dos movimentos sociais, que exigiam melhores condições de vida, de saúde e de trabalho. A impossibilidade de adequar as práticas populistas ao contexto então vigente, de esgotamento do modelo de substituição das importações, e mais a dificuldade de manutenção do equilíbrio nas relações sociais, levou

ao êxito do Movimento de 1964, com a instalação da ditadura militar no país.

Um marco institucional dessa fase foi a criação do Ministério da Saúde, em 1953, na tentativa de racionalizar a organização dos serviços públicos de saúde. Na saúde pública, a criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), que congregou os serviços nacionais então existentes, marcou todo o período com a execução de campanhas de combate às endemias rurais e doenças transmissíveis. Portanto, destaca-se a permanência da tensão entre saúde pública e assistência e do modelo vertical, orientado para o combate às doenças que dificultavam o desenvolvimento do país, ainda predominantemente rural (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2008). E se as áreas rurais ficavam sob a responsabilidade quase exclusiva do Ministério da Saúde, nas cidades crescia a pressão por revisão da legislação previdenciária, de forma que um maior número de trabalhadores tivesse acesso à assistência à saúde. A Previdência Social assumiu a prestação de assistência médico-hospitalar, de forma precária e ineficiente, enquanto crescia no país a rede privada de serviços, subsidiada por verbas públicas (BERTOLLI FILHO, 2008).

Draibe (1993) destaca, nesse período, a expansão do sistema social nos moldes e parâmetros definidos desde a década de 1930, sob um padrão seletivo quanto aos beneficiários, heterogêneo quanto aos benefícios e fragmentário nos planos institucional e financeiro. A dicotomia entre saúde pública e atenção médica individual, deu a tônica da política de saúde naquele momento. O modelo campanhista estava fortemente institucionalizado nos órgãos de saúde pública e convivia com o modelo curativista, dominante nos serviços previdenciários de atenção médica. A semelhança entre os dois residia no alto grau de burocratização instalada e na incapacidade de oferecer resposta aos problemas de saúde da população. Os problemas e condições de saúde eram, então, entendidos como parte de um impasse estrutural que, segundo a agenda dos movimentos sociais daquela



década, exigiriam reformas de base, entre as quais uma reforma sanitária (LUZ, 1991).

A vigilância sanitária passou por grande normatização nesse período, especialmente inicialmente nas áreas de alimentos e medicamentos, e depois em áreas importantes como produtos cosméticos e de higiene, atividade hemoterápica e do sangue, entre outros (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2008). Outro marco normativo importante foi o estabelecimento do Código Nacional de Saúde em 1961, que define, entre outros temas, as competências da autoridade sanitária no país. No Ministério da Saúde, foram criados serviços nacionais de fiscalização da medicina (que posteriormente agregaria também farmácia) e de portos.

### **O Regime Militar: “milagre” na economia, caos na saúde**

Com o apoio de uma aliança da burguesia, que pretendia atuar sobre a estrutura de poder, os militares assumiram o governo em 1964, destituindo prerrogativas do Congresso e implantando medidas ditatoriais e repressivas por meio dos chamados Atos Institucionais. A fórmula de desenvolvimento da economia e prosperidade financeira, o “milagre brasileiro”, prevaleceu durante as duas primeiras décadas do Regime. O “milagre” começa a declinar a partir da crise (mundial) do capital, agravada pelas críticas e manifestações crescentes contra o modelo imposto (ALBUQUERQUE, 1981). Esse cenário de crise econômica e social nos anos 1970 abriu espaço para as reformas que foram desempenhadas na área da saúde, com repercussões profundas sobre a saúde pública e a medicina previdenciária (CONASS, 2007; BERTOLLI FILHO, 2008).

Por parte da medicina previdenciária, houve a criação do Instituto Nacional de Previdência Social, que unificou os diversos institutos de aposentadorias e pensões. O Instituto era responsável pela gestão da assistência à saúde dos trabalhadores formais, o

que excluía uma massa significativa da população. Além disso, apesar da expansão do sistema na década de 1970, era frágil no controle e débil na assistência, sujeito a fraudes e marcado pela precariedade no atendimento à população. Por parte da saúde pública, o esvaziamento do Ministério da Saúde e a redução das verbas destinadas às ações de saúde pública, sinalizavam a baixa prioridade do Regime para esse campo. As ações de saúde pública ficaram praticamente restritas a campanhas de vacinação, pois a maior parte dos recursos do setor foi utilizada para pagamento de serviços prestados por hospitais particulares aos doentes pobres, não incluídos no sistema previdenciário (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2008; COSTA; ROZENFELD, 2009).

A unificação da Previdência Social brasileira foi fruto de um longo processo de disputa entre Estado e trabalhadores, com o processo crescente de mobilização e luta dos trabalhadores pelo controle da previdência Social. De seu lado, o Estado defendia a permanência de suas características clientelísticas, o que convertia os Institutos em importantes feudos políticos e eleitorais. Além disso, uma parcela dos trabalhadores se recusava à unificação, pois isso poderia representar a perda de direitos já conquistados. Entretanto, no contexto do regime autoritário, “os constrangimentos democráticos à racionalização do sistema previdenciário brasileiro deixaram de existir e a razão econômica para a sua unificação agora é outra” (COHN, 1995). Nesse contexto, a assistência médica passa a ter maior peso na prestação de benefícios e, ao mesmo tempo, consolidou-se o modelo médico-assistencial privatista, com as seguintes características: extensão da cobertura previdenciária, de forma a abranger a quase totalidade da população urbana e rural; privilegiamento da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública; criação, por meio da intervenção estatal, de um complexo médico-industrial; e organização da prática médica orientada para a lucratividade do setor saúde, propiciando a capitalização da medicina e o privilegiamento do produtor privado destes serviços (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1986).

Esse modelo estabelece a formação de um “complexo previdenciário médico-industrial”, fomentado por convênios e contratos do poder público com a maioria dos médicos e hospitais existentes no país. O pagamento pelos serviços produzidos (*pro-labore*) propiciou a capitalização desses grupos, o que resultou no aumento no consumo de medicamentos e de equipamentos médico-hospitalares. Esse passou a ser o pólo predominante da intervenção estatal, de modo que as ações de saúde pública assumiram um papel secundário. O modelo gerado nessa fase correspondia a uma síntese “nova e perversa” de dois modelos anteriores: o sanitarismo campanhista, oriundo da Primeira República, e o modelo curativo da atenção médica previdenciária, do período populista (SILVA, 1983).

Este sistema foi se tornando cada vez mais complexo tanto do ponto de vista administrativo, quanto do financeiro, dentro da estrutura do INPS. Após algum tempo de funcionamento, o INPS enfrentou grave crise financeira, resultado do crescimento concomitante de gastos e da demanda, e pela ocorrência de fraudes, aliada à inexistência de fiscalização dos serviços executados pela rede privada. Isso levou à criação de uma estrutura própria administrativa, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), em 1978. A necessidade de racionalização da previdência levou, ainda, à criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), com o objetivo de disciplinar a gestão de benefícios e prestação de serviços.

No entanto, foi ainda durante a década de 1970, já nos anos de “abertura lenta e gradual” do regime militar brasileiro – um processo deflagrado por vários movimentos de resistência já emergentes – que houve uma rearticulação dos movimentos populares, das lutas dos trabalhadores e dos partidos de oposição. O tema da saúde teve um destaque importante nesse contexto, e várias experiências para tornar as ações de saúde mais abrangentes e racionais foram implementadas em várias cidades por sanitaristas que integraram a tecnoburocracia do Estado nesse período. Campos

destaca três linhas de atuação do movimento sanitário no momento de redemocratização do Estado brasileiro (CAMPOS, 1994).

A primeira linha de atuação, trata justamente dessas experiências de direção técnico-administrativa no setor que, embora sem alterar substancialmente o padrão de atenção à saúde, calcado no modelo privatista e hospitalocêntrico então vigente, muitas vezes avançaram os limites da política oficial, com resultados importantes na organização dos serviços de saúde. A segunda foi a articulação aos movimentos de trabalhadores da saúde e de suas lutas corporativas. A terceira linha de atuação correspondeu à vinculação a movimentos populares, sindicatos e partidos políticos. Em síntese, trata-se da criação de fóruns autônomos de discussão e de elaboração de políticas, no âmbito estatal, para articular projetos de reorganização dos serviços e das práticas.

Na década de 1980, ainda como parte da estratégia de racionalização de despesas e na busca de soluções para a crise da assistência médica, surge a proposta das Ações Integradas de Saúde (AIS). A partir das AIS, foram criados mecanismos de repasses para as esferas estaduais e municipais de saúde, que passaram a ser responsáveis pelo atendimento médico. Nesse sentido, consolidou-se o debate sobre a proposta da descentralização como única alternativa para a constituição de um sistema de saúde adequado às reais necessidades de saúde da população (LUZ, 1991). Nesse contexto, surge o Sistema Descentralizado e Unificado de Saúde (Suds), no final da década de 1980, que se concretiza por meio de convênios entre o Inamps e as secretarias estaduais de saúde.

Foi também na década de 1970 que se criou, no Ministério da Saúde, a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária, que atribuiu conformação institucional à vigilância sanitária. Nesse período, foram também publicados atos normativos sobre as competências da Secretaria, instituindo-se, nesse sentido, uma política sanitária no país (SOUTO, 2004). A ação da Secretaria foi marcada por uma concepção burocrático-cartorial e fiscalizadora eventual, isolada das demais ações de saúde, desprestigiada e pouco visível para

a população (COSTA, 2001). Essa concepção se materializa, por um lado, na intensa produção normativa em vigilância sanitária da década e, por outro lado, pela falta quase completa de informações na SNVS e nos órgãos estaduais de vigilância sanitária.

Outro marco institucional dessa década foi a criação da Central de Medicamentos (Ceme), tendo como principais finalidades a promoção e a organização das atividades de assistência farmacêutica para a população de baixa renda, o incremento à pesquisa científica e tecnológica no campo químico-farmacêutico, e o incentivo à instalação de fábricas de matérias-primas e de laboratórios pilotos no país (COSENDEY, 2000). Ao contrário disso, esse foi um período de vultosa entrada de capital estrangeiro na saúde, tanto na prestação de serviços quanto na instalação de laboratórios e empresas da indústria farmacêutica estrangeira (BUENO, 2005).

Os dois órgãos tiveram uma trajetória parecida, de conflitos de interesse, interferência política, permeabilidade ao setor privado, escândalos e extinção. A redemocratização a partir da década de 1980 trouxe à tona não apenas o caos institucional criado na área de vigilância sanitária, mas todo um quadro de péssimas condições de vida e de saúde da população. É a partir dessa década que entram em cena os movimentos sociais e profissionais de saúde, especialmente nas universidades, que iniciaram uma contestação ao sistema de saúde existente e uma luta pela transformação no setor, que culminou a elaboração dos princípios da Reforma Sanitária, materializados na Constituição Federal de 1988 (CONASS, 2007; LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2008; PIOVESAN, 2002).

### **A Nova República e a Reforma do Estado: miséria e focalização**

O processo de redemocratização no Brasil se iniciou na década de 1980, por meio de um tortuoso processo de transição, que incluiu eleições indiretas, morte do presidente eleito, deposição do

presidente eleito e a posse de dois vice-presidentes. Na economia, as prioridades são o combate à hiperinflação e a busca da estabilidade e do crescimento econômico. Na política, as idéias neoliberais ganham força, no contexto de globalização e baixa intervenção do Estado. Assim é que os últimos anos da década de 1980 e os primeiros anos de 1990 correspondem a um período de inflação, recessão e desemprego.

As bases do movimento sanitário, portanto, se constituíram nas práticas dos serviços de saúde, na articulação com os movimentos sociais e, no campo teórico, nos departamentos de medicina preventiva, que desenvolveram uma base conceitual de abordagem marxista. Destaca-se, nesse desenvolvimento teórico, a reformulação do conceito de saúde e a ênfase às determinações sociais do processo saúde-doença, num confronto direto com a teoria preventivista, até então hegemônica no campo da saúde. O movimento propunha um sistema de saúde apoiado em três grandes pilares: interesse público, democratização do Estado e criação de uma esfera pública com controle social. Sua premissa era de que a saúde “é direito de todos e dever do Estado.”

Essa mobilização culminou, em 1986, com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, o momento mais importante para a Reforma Sanitária, quando foi elaborada a Proposta de Conteúdo Saúde para a Nova Constituição. A 8ª Conferência se constituiu como uma “Constituinte da Saúde”, marcando um novo momento na história da saúde no país (FALEIROS, 2006). É essa a conjuntura de criação do SUS, por meio da Constituição Federal de 1988, concebido como de cunho universal, caráter descentralizado e natureza participativa. O Sistema foi concebido desde a década de 1970, por meio do movimento sanitário, e pode ser descrito por como “um movimento ideológico com uma prática política” e que teve as suas bases nos departamentos de medicina preventiva de diversas universidades. Ao lado disso, a intensa mobilização em fóruns de participação social, como as conferências nacionais de saúde, tiveram uma importância fundamental na

criação e implementação do SUS, e com repercussão em outras áreas governamentais que também realizaram conferências (ESCOREL; BLOCH, 2008).

A ampla participação dos movimentos sociais na formulação de idéias e debates que precederam a promulgação da Carta Magna, garantiu que o texto constitucional conformasse o SUS como um sistema público, universal e democrático, um marco para as políticas sociais no país. A saúde está inserida no Capítulo II – Seguridade Social, do Título VIII – Da Ordem Social. Com isso, fica estabelecida uma primeira inovação no desenho das políticas sociais brasileiras, a concepção da seguridade social, visando articular as políticas de saúde, de previdência social e de assistência social, bem como integrar os recursos orçamentários (CORDEIRO, 2001).

A criação do SUS em 1988 implicou, portanto, não apenas na mudança na forma de organização da rede de saúde no país, mas dos princípios que a regem, modificando o seu conteúdo e lugar no campo das políticas sociais. Nesse sentido, destaca-se o rompimento explícito com a concepção individualista do processo saúde/doença que fundamenta o modelo médico-assistencial privatista (REKTA; CENTENARO; RIZZOTTO, 2013). Isso está expresso por meio dos princípios, doutrinários e organizativos, que regem o Sistema. Os princípios doutrinários são a universalidade, a equidade e a integralidade nos serviços e ações de saúde; os organizativos (ou diretrizes) são a descentralização, a regionalização e hierarquização da rede e a participação social (BRASIL, 2000).

A partir dos anos 1990, o Estado brasileiro adota com maior força a orientação neoliberal do ajuste estrutural capitalista, que implica reforma do Estado, sob a alegação de atribuir-lhe maior eficiência. Tratou-se, na verdade, de retirar as funções produtivas do Estado, de forma a ajustá-lo a uma expansão do mercado, uma tendência então hegemônica em escala mundial, ou a “Nova Ordem Mundial.” Destacam-se nesse período um intenso processo de privatização, que se caracterizou por entrega do patrimônio brasileiro ao capital estrangeiro e a utilização de instituições não-

governamentais, o chamado terceiro setor, para a execução de políticas públicas (BEHRING; BOSCHETTI, 2008).

As contradições da nova orientação do capitalismo não tardaram a aparecer, com consequências drásticas sobre as condições de vida (e, portanto, de saúde) da população. A radicalização da questão social está expressa no aumento das diferenças sociais, queda na renda dos trabalhadores, aumento do trabalho informal e piora nos indicadores de saúde. A violência da ação do Estado combina elementos perversos, apontados por Behring e Boschetti: recrudescimento da pobreza, suposta falta de recursos do Estado e impactos para a cobertura das políticas sociais (BEHRING; BOSCHETTI, 2008).

A despeito da expectativa de reformas profundas nesse modelo, avalia-se que o Governo Lula não alterou a essência da política macroeconômica, nem das políticas sociais (DRUCK; FILGUEIRAS, 2007). Embora uma série de iniciativas direcionadas aos segmentos mais pobres da população tenham sido implementadas – com mudanças das condições de existência das famílias beneficiadas, que saíram da pobreza absoluta – a sua baixa capacidade de provocar mudanças estruturais remete ao conceito de políticas meramente assistenciais, e não de proteção social como direito (MARQUES; MENDES, 2007).

Nesse contexto, Boschetti (2003) avalia que a seguridade social, tal como formulada na Constituição Federal de 1988, não foi implementada. O texto constitucional definiu princípios que previam a articulação dos setores de saúde, previdência e assistência social, na perspectiva de ampliação de rede de proteção e de direitos sociais, o que efetivamente não aconteceu. A ênfase na seletividade e privatização, a partir desse período, repercutiu sobre os direitos mantidos pela seguridade social.

Os reflexos dessa política sobre o setor saúde se manifestaram, entre outras medidas, em algumas tentativas de reduzir a disponibilidade de recursos para o orçamento da saúde pública, de forma a realizar um superávit primário superior ao acertado



com o Fundo Monetário Internacional (MARQUES; MENDES, 2007). Os principais embates disseram respeito ao cumprimento da Emenda Constitucional nº 29/2000, que estabelece percentuais mínimos de recursos financeiros da União, estados e municípios a serem aplicados nas ações e serviços públicos de saúde.

A despeito do quadro negativo quanto à garantia de financiamento, destacam-se também os avanços obtidos nesse período: ampliação do orçamento da saúde (de 17 bilhões em 2000 para R\$ 40 bilhões em 2006) e dos recursos para assistência farmacêutica; investimento na Política de Atenção às Urgências e Emergências; e ampliação do número de equipes e de estabelecimentos de saúde (MARQUES; MENDES, 2007). Entretanto, mesmo essa aparente evolução revela um traço marcante das políticas sociais nesse período: a focalização, por meio de ações dirigidas aos mais pobres e miseráveis, em detrimento do princípio da universalidade que rege o Sistema Único de Saúde.

No campo da vigilância sanitária, a agenda neoliberal implantada a partir da década de 1990 resultou na criação de uma agência reguladora para a área, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Num ambiente conturbado e de escasso debate público, a antiga Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária foi extinta, dando lugar ao modelo até hoje vigente, de agência reguladora. Esse modelo permitiu que a vigilância sanitária federal se reorganizasse institucionalmente, com maior aporte de recursos e, posteriormente, criação de quadro próprio de pessoal. Ao mesmo tempo, trouxe as motivações e características do modelo regulador, que por vezes não dialoga de maneira efetiva com a Política Nacional de Saúde. Isso por que, em sua origem, o modelo de agência reguladora estava atrelado à noção de redução do grau de intervenção do Estado, inclusive nas políticas sociais, o Estado mínimo. O SUS, por sua vez, de caráter público e universal, requer uma forte intervenção do Estado, tanto na formulação quanto na execução dos programas de saúde.

A criação da ANVISA, no contexto de reforma do Estado, pretendia atribuir uma maior racionalidade ao processo gerencial, para atender ao pressuposto de substituição da administração burocrática pela administração gerencial. A alegação principal dizia respeito à necessidade de atingir um padrão mais elevado de eficiência e de qualidade para os serviços e gestão estatal. Em tese, esse processo seria orientado por resultados, por meio do seu papel regulador das atividades e relações de produção e consumo no setor saúde (PIOVESAN, 2002; COSTA; FERNANDES; PIMENTA, 2008). Entretanto, as fragilidades até agora apontadas na conformação do novo modelo institucional para a vigilância sanitária permanecem impactando negativamente sobre a saúde da população (BRITO, 2007; NASCIMENTO, 2007; O'DWYER; TAVARES; DE SETA, 2008). Inclusive o processo de criação da Agência parece não ter acontecido de forma a atender os requisitos de transparência, participação e responsabilização de cada agente que atua no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

Ao lado disso, e também no caso da vigilância sanitária, ficaram evidentes as dificuldades relacionadas ao modelo das agências, cuja autonomia, considerada por vezes excessiva, revelou a tendência estrutural de se distanciarem dos órgãos e da política setorial aos quais estão vinculadas (COSTA, 2001; NORONHA; SOARES, 2001). Adicionalmente, o distanciamento histórico das práticas de saúde acabou por reforçar a noção de vigilância sanitária como prática centrada apenas no estrito controle dos riscos advindos de produtos e serviços, com base num modelo cartorial-burocrático, sendo muitas vezes vista como alheia ao conceito de vigilância em saúde pública (SILVA JÚNIOR, 2004).

### **Considerações Finais**

Num panorama geral, observa-se o processo de intervenção estatal no Brasil no papel de agente regulador econômico-financeiro,

que age em apoio ou socorro do capital, nos momentos de expansão e de crise. Nesse sentido, dois pilares sustentaram a dinâmica da economia ao longo desse período: a subordinação ao capital externo e a articulação com a iniciativa privada. A vigilância sanitária, na história do país, caminhou nesse terreno movediço, dividida entre a função estatal de controle do risco à saúde e a necessidade de atender interesses múltiplos, presentes no interior do próprio Estado. A sua configuração sócio-histórica resulta numa tradição de controle, normatização e centralização, com pouca capacidade de se articular às políticas de saúde e baixa permeabilidade ao controle democrático da população.

A sua trajetória se inicia alternando elementos da medicina urbana e da medicina de Estado, seja para controlar a ocorrência de surtos, seja para favorecer a circulação de mercadorias. Posteriormente, é marcada por avanços e retrocessos, mudanças institucionais, muitas vezes conturbadas, e por soluções guiadas mais por determinações econômicas que de saúde. A criação de uma agência reguladora nesse campo resultou no aprofundamento dessas características. Embora criada sob o discurso da modernidade e administração gerencial, presente no processo de Reforma do Aparelho do Estado na década de 1990, a ANVISA enfrenta velhos desafios para a sua atuação. Esses desafios esbarram nas próprias contradições do Estado capitalista, cujas políticas sociais pretendem atender, ao mesmo tempo, interesses do capital e necessidades da população, muitas vezes (na maior parte delas) inconciliáveis.

## Referências

ALBUQUERQUE, Manoel M. **Pequena História da Formação Social Brasileira**. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

BEHRING, Elaine; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social – fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2008.

BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 2008.

BOSCHETTI, Ivanete. Implicações da reforma da previdência na seguridade social brasileira. **Psicologia & Sociedade**, v. 15, n. 1, p. 57-96, jan./jun. 2003.

BRASIL. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000.

BRITO, Rodrigo Lino. **Análise da Política de Descentralização das Ações de Vigilância Sanitária no Brasil: do debate sobre o repasse de recursos ao compromisso com a responsabilidade sanitária**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007, 206p.

BUENO, Eduardo. **À sua Saúde: A Vigilância Sanitária na História do Brasil**. Brasília, DF: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2005.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: Hucitec, 1994.

COHN, Amélia. A reforma da previdência social: virando a página da história? **São Paulo em Perspectiva**, v. 9, n. 4, p. 54-59, out.-dez. 1995.

\_\_\_\_\_; ELIAS, Paulo E. **Saúde no Brasil: Políticas e Organização de Serviços**. São Paulo: Cortez, 1996.

CONASS - (Conselho Nacional de Secretários de Saúde). **Sistema Único de Saúde** (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 1). Conass, 2007.

CORDEIRO, Hésio. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 319-328, 2001.

COSENDEY, Marly Aparecida et al. Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde: a experiência de três estados brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 171-182, jan-mar, 2000.

COSTA, Ediná A.; ROZENFELD, Suely. Constituição da Vigilância Sanitária no Brasil. In: ROZENFELD, Suely (Org.). **Fundamentos da Vigilância Sanitária**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009, p. 15-60.

COSTA, Ediná Alves. Vigilância sanitária, saúde e cidadania. In: CAMPOS, Francisco Eduardo; WERNECK, Gustavo. Azeredo Furquim; TONON, Lidia Maria (Org.). **Vigilância Sanitária**. Belo Horizonte: Coopmed, 2001 (Cadernos de Saúde, 4).

COSTA, Ediná Alves; FERNANDES, Tânia Maria; PIMENTA, Tânia Salgado. A vigilância sanitária nas políticas de saúde no Brasil e a construção da identidade de seus trabalhadores (1976–1999). **Ciência e Saúde Coletiva**, v.13, n. 3, 2008.

DE SETA, Marismar Horsth. **A Construção do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária**: uma análise das relações intergovernamentais na perspectiva do federalismo. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007, 188p.

DRAIBE, Sônia Miriam. **O “Welfare State” no Brasil**: características e perspectivas. Campinas: Unicamp/Nepp, 1993 (Caderno de Pesquisa nº 8).

DRUCK, Graça; FILGUEIRAS, Luiz. Política social focalizada e ajuste fiscal: as duas faces do governo Lula. **Revista Katálisis**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 24-34. jan.-jun. 2007.

ESCOREL, Sarah; BLOCH, Renata Arruda. As Conferências Nacionais de Saúde na construção do SUS. In: LIMA, Nisia Trindade et al. (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 83-120.

FALEIROS, Vicente de Paula et al. **A Construção do SUS**. Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. São Paulo: Graal, 2008.

FREYRE, Gilberto. Características gerais da colonização portuguesa no Brasil: formação de uma sociedade agrária, escravocrata e híbrida. In: FREYRE, Gilberto. **Casa-Grande & Senzala**. São Paulo: Global Editora, 2006, p. 64-155.

GABRIEL, Fabricio A. **Vigilância Sanitária e Arte: uma alternativa de disseminação de práticas e saberes**. Trabalho de conclusão (Curso Técnico) – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.

LIMA, Nisia Trindade; FONSECA, Cristina M. O.; HOCHMAN, Gilberto. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, Nisia Trindade (Org.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008, p. 27-58.

LUZ, Madel Therezinha. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” - anos 80. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, São Paulo, v.1, n.1, 1991.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. Servindo a dois senhores: as políticas sociais no governo Lula. **Revista Katálisis**: Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 15-23, jan.-jun. 2007.

MENDES, Eugênio Vilaça. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a construção da Reforma Sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: \_\_\_\_\_. **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 1993.

MERHY, Emerson Elias. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: MERHY, Emerson Elias, ONOCKO, Rosana (Orgs.). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006, p. 197-228.

NASCIMENTO, Álvaro. **Propaganda de Medicamentos: É possível regular?** Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007, 289p.

NORONHA, José Carvalho; SOARES, Laura Tavares. A política de saúde no Brasil nos anos 90. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, 2001.

O'DWYER, Gisele; TAVARES, Maria de Fátima Lobato; DE SETA, Marismary Horst. O desafio de operacionalizar as ações de vigilância sanitária no âmbito da promoção da saúde e no locus saúde da família. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.11, n. 23, p. 467-84, 2007.

OLIVEIRA, Jaime; TEIXEIRA, Sônia. **(Im)previdência Social: 60 anos de história da previdência no Brasil**. Petrópolis; Rio de Janeiro: Vozes; Abrasco, 1986.

PIOVESAN, Márcia Franke. **Construção Política da Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002, 108p.

POLIGNANO, Marcus V. **História das Políticas de Saúde no Brasil** – uma pequena revisão. Disponível em: <[http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude\\_no\\_brasil.pdf](http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude_no_brasil.pdf)>, acesso em: 21 jun 2013.

RETKA, Nilvo; CENTENARO, Andréia; GREGÓRIO JUNIOR, Hiracílio Ivo; RIZZOTTO, Maria Lúcia Frizon. **A saúde no Brasil a partir da década de 80: retrospectiva histórica e conjuntura atual.** Disponível em <<http://cac-php.unioeste.br/projetos/gpps/midia/seminario1/trabalhos/Saude/eixo1/42NilvoRetka.pdf>>. Acesso em: 26 mar. 2013.

SANTOS, W. G. dos. A praxis liberal e a cidadania regulada. In: \_\_\_\_\_. **Décadas de espanto e uma apologia democrática.** Rio de Janeiro: Rocco, 1998, p. 63-114.

SILVA JÚNIOR, Jarbas Barbosa. **Epidemiologia em Serviço: uma avaliação de desempenho do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde.** Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, São Paulo-SP, 2004, 318p.

SILVA, Pedro Luiz Barros. O perfil médico-assistencial privatista e suas contradições: a análise política da intervenção estatal em atenção à saúde na década de 70. **Cadernos FUNDAP**, n. 3, p. 27-50, 1983.

SOUTO, Ana Cristina. **Saúde e Política: a vigilância sanitária no Brasil.** São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos, 2004.



# A TRAJETÓRIA DO ESTÁGIO CURRICULAR EM ENFERMAGEM

*Elaine Andrade Leal Silva,*

Na trajetória de 10 anos da UFRB e no desafio de construir um livro na área de saúde coletiva sobre as produções dos docentes neste período, suscita a escrita deste capítulo, apresentando um pouco da trajetória do Estágio curricular em enfermagem da UFRB, na área da saúde coletiva. A história, o aprendizado, as experiências serão aqui relatados e convido a você leitor, para juntos, navegarmos na descrição desta trajetória que está apenas começando.

## **O Início de Tudo**

O curso de enfermagem na UFRB foi criado em 2005 a primeira entrada de alunos foi em 2006. Após oito semestres o componente curricular Estágio Supervisionado I foi ofertado, março de 2010. As docentes que iriam compor o referido componente curricular, iniciaram o processo de planejar e pensar a execução do mesmo a partir do direcionamento dado pelo Plano Pedagógico do Curso (PPC) de enfermagem e o plano de curso do Estágio Supervisionado I (ESI). O curioso foi às características das docentes: recém-chegadas a UFRB por concurso público, oriundas do serviço de saúde com prática em saúde da família, da gestão da atenção básica e da docência rede pública e privada. Experiências acumuladas nas mestradas em saúde coletiva, potencializaram a construção inicial do ESI. O início, na maioria das vezes, é mais trabalhoso, o começar, o planejar, a previsão e provisão, o desbravar

o campo de estágio, o formar preceptores e trabalhadores de saúde parceiros, o fazer acontecer eram as ações iniciais da caminhada do componente curricular Estágio Supervisionado I.

O desafio para a condução do estágio esta posto. Inicia-se a modelagem do componente curricular. Aqui, trago o sentido de modelagem pautado na discussão de Emília (UFRGS, 2014a) no sentido de dar forma, criar e recriar, modelar um modo de agir e pensar o ensino da saúde coletiva flexível, imergido da singularidade do sujeito na sua coletividade, nos princípios do sistema de saúde vigente e conquistado para o Brasil. Uma modelagem sinonímia a massa de modelar, cria-se, dar-se forma e durante o transcorrer do semestre e também na sua finalização, o molde pode ser ajustado e recriado se necessário for. Para além de molde engessado, pronto, pouco flexível ou rígido.

Na construção do componente curricular, buscamos experiências exitosas de universidades públicas estaduais que somaram a propostas idealizadas pelas docentes e direcionado pelo PPC do curso. A estrutura basilar do componente curricular Estágio Supervisionado I são: a assistência, gerência, educação e pesquisa. Pontos basilares que dão sustentação às atividades desenvolvidas pelo enfermeiro em formação. Estas são habilidades no cuidado da enfermagem, na prática continuada de compartilhar saberes científicos ou não científicos, na gerência do serviço e dos processos de trabalho e na pesquisa como produção de conhecimento.

Assim foi construído o ensino do Estágio Supervisionado I (ESI) na saúde coletiva, ao longo destes dez semestres. Nenhum semestre foi igual a outro, e a cada semestre os docentes, discentes preceptores, e usuários vão sugerindo, aperfeiçoando, experienciando e nesta modelagem, vão imprimindo seu tom a esta construção coletiva. Neste caminhar, experienciamos algumas estações, as quais apresentaremos a seguir, através de relatos de aprendizados que enriqueceram o processo de ensino-aprendizagem do ESI, na saúde coletiva.

## **Estação 1 - O ensino da saúde coletiva através do método da problematização**

A partir de uma reflexão sobre o ensino da saúde coletiva, entendendo que as estratégias de ensino devem ser diversificadas, surge a motivação de planejar uma atividade de ensino sobre doenças imunopreveníveis, a partir da concepção problematizadora. O esquema de Arco descrito por Maguerez (1970) reapresentado por Diaz-Bordenave; Pereira (1995), impulsionou a construção e execução de uma aula que apresentasse interação de conhecimento, participação ativa, oportunidade de aprendizagem, estratégias de ensino diversificadas, ajudasse o aluno a aprender e criar cultura a partir de um tema de saúde coletiva: as doenças imunopreveníveis.

Foi desafiador. Como trabalhar um tema teórico, com tecnologia dura e transformá-lo em momento de construção coletiva e problematizadora? Neste sentido o professor deve ser sagaz, transpor a educação bancária de despejar conhecimento, e ser capaz de ajudar o aluno a aprender; é criar condições para que o aluno adquira informações; é fornecer meios para que o aluno conheça a cultura existente e crie cultura (NAKATANI; CARVALHO; BACHION, 2000).

A Metodologia da Problematização utiliza-se do Arco de Charles Maguerez, o qual possibilita “um caminho metodológico capaz de orientar a prática pedagógica de um educador preocupado com o desenvolvimento de seus alunos e com sua autonomia intelectual, visando o pensamento crítico e criativo” (BERBEL, 1999, p. 2).

O ensino da saúde coletiva através do método da problematização do Arco de Manguarez, foi constituído das seguintes etapas: observação da realidade, identificação dos pontos-chaves, teorização, hipótese de solução e aplicação. Nestas foram discutido com os alunos a programação do estágio, quanto assunto, objetivos, tempo previsto e as estratégias para o ensino e avaliação de conteúdo.

Na etapa da observação da Realidade, foi realizada visita a comunidade e bairro, identificando o problema. Na identificação dos Pontos Chaves, foi realizada uma mesa Redonda com técnicos da secretaria municipal de saúde, vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e saúde do trabalhador, buscando integração com outros campos de saberes para apresentação de enquetes sobre a observação da realidade. Na teorização, tem-se a exposição dialogada e construção do mapa conceitual coletivo, com participação ativa de grupo (docentes e discentes). Na hipótese de Solução, houve a apresentação do mapa conceitual coletivo, construção do mapa conceitual individual e esclarecimento de dúvidas. A verificação da aprendizagem aconteceu com exercícios em aula, preenchimento das fichas de investigação individual e avaliação de conteúdo ao final de cada etapa, e práticas de estágios em sala de vacina e atividades assistenciais e educativas na comunidade.

A experiência de ensinar a saúde coletiva através do método da problematização, possibilitou aulas participativas, centralizadas na dialogicidade entre docente e discente, como agentes de transformação no cuidado à saúde, de modo individual e coletivo.

## **Estação 2: A extensão no Estágio Supervisionado I**

A extensão na UFRB é compreendida como um processo educativo, científico, indissociada do ensino e da pesquisa, como um meio de formar profissionais cidadãos aptos a responder as necessidades da sociedade (CRUZ DAS ALMAS, 2008). Neste sentido, será apresentado algumas situações que possibilitaram a interlocução com a proposta da universidade, em construir aprendizagem horizontal, onde todos (docentes-discentes-trabalhadores de saúde e comunidade) aprendem e trocam saberes, para além da sala de aula. Tais ações extensionistas, que buscaram aplicar o conhecimento adquirido no cotidiano das histórias da vida real, onde a indissociabilidade ensino e pesquisa, a

multidisciplinaridade e a interdisciplinaridade, fizeram-se presente no cotidiano da comunidade acadêmica e popular. Nesta direção e na tentativa de trabalhar os pontos das diretrizes curriculares nacionais, aprovadas em 2001, para os cursos de graduação da saúde, e onde aponta para a necessidade de se conhecer as pessoas, suas vidas, suas casas, seus sonhos, seus desejos, aspirações e suas narrativas de vida com o processo de saúde e doença (DCN, 2001), construiu-se no ESI, atividades como feira de saúde, encontro com os idosos, manejo do aleitamento materno, mostra da atenção básica dentre outros descritas a seguir:

a) I Feira de Saúde da USF São Paulo, intitulada (RE) conhecendo a sua Unidade de Saúde da Família, teve como objetivo, desenvolver relações de vínculo e co-responsabilização entre a equipe de saúde da família e a população adstrita, e assistir a comunidade de forma integral. A referida feira foi realizada com o envolvimento de discentes de enfermagem, docentes de ESI e trabalhadores de saúde da USF São Paulo. Ao final da ação, os objetivos propostos foram alcançados, através das ações educativas, acolhimento, encaminhamentos e orientações necessárias à demanda trazida pelos usuários dos serviços de saúde.

b) Encontro com os Idosos da Saúde da Família que participavam do grupo de caminhada, culminou em uma mesa redonda onde se discutiu a Violência contra os idosos. Na oportunidade, a mesa foi intitulada: “Somos da Paz: Diga Não a Violência Contra os Idosos”. O encontro contou com a participação do Promotor da Justiça (Representante do Órgão Ministerial da Bahia), do representante do Conselheiro Municipal dos Idosos de SAJ, docentes e discentes da UFRB, trabalhadores da saúde da família e idosos. Neste encontro, foram discutidos assuntos referente aos: direitos dos idosos – a realidade do município de Santo Antônio de Jesus; atuação do Conselho Municipal dos Idosos, na condição de violência contra os idosos. O encontro foi bastante participativo, possibilitou o quadrilátero da formação. Pode ser definido como a integração ensino-serviço, ensino-serviços de saúde, gestão dos

sistemas de saúde e controle social (UFRGS, 2014b) celebrado com o júbilo ao dia do idoso em Santo Antônio de Jesus, no ano de 2011.

c) A experiência Manejo Amamentação na Visita Domiciliária, teve como objetivos principais, estabelecer o aleitamento materno exclusivo de um recém-nascido até seus seis meses de idade e aumentar o vínculo entre o binômio mãe-bebê. Na situação, discentes e docentes de enfermagem realizaram visitas domiciliares a puérpera, com abordagens teórico-prática de temáticas como a importância da amamentação e sua técnica correta, prevenção de traumas mamários, ordenha mamária, cuidados com a mama traumatizada, contra-indicação de mamadeiras e chupetas, estímulo à produção de leite, cuidados com o recém-nascido e importância do contato físico e afetivo entre o binômio mãe-bebê. A realização das visitas domiciliares obteve como resultados, o aumento do vínculo entre a mãe e seu bebê, a percepção da puérpera acerca da importância e necessidade de amamentar seu filho exclusivamente até os seis meses de idade, assim como, a realização do aleitamento materno exclusivo pela mesma. O apoio familiar recebido pelo binômio mãe-bebê, apresentou-se como um grande facilitador para o sucesso da experiência extensionista. Diante da experiência vivida, concluiu-se que a atuação dos participantes envolvidos, contribuiu para reformulação de concepções sobre aleitamento materno exclusivo, sobre a dicotomia do pensar e do fazer, reforço a mudanças de paradigmas tão enraizados na cultura brasileira, onde as mães são incapazes de produzir e amamentar exclusivamente até seis meses. Ademais, é de suma importância para a mulher e seu filho, terem acesso a serviços de saúde adequados e preparados para assisti-los de forma eficiente e integral, destacando a relevância do acompanhamento domiciliar das puérperas sob responsabilidade das Unidades de Saúde da Família.

e) Foram realizadas três Mostras da Atenção Básica. Denominadas: I Mostra da Atenção Básica, II Mostra da Atenção Básica e III Mostra da Atenção Básica, no final de três semestres letivos consecutivos. Na oportunidade foi apontado para a

comunidade Santo-antoniense, aos discentes, docentes de ESI e trabalhadores da rede de atenção à saúde as vivências extensionista dos estagiários que abordavam temas relevantes para o contexto da atenção básica.

Cada mostra teve peculiaridade importante, a primeira de modo experimental tímida, a organização e execução foi promovida por docentes e discentes do ESI. Com resultados bastante satisfatórios, a segunda Mostra teve como desafio, dialogar com os Estágio Supervisionado de dois cursos de saúde da UFRB, enfermagem e psicologia, que acontecia na Rede de Atenção a Saúde. O Estágio Curricular Supervisionado dos Cursos de Enfermagem e Psicologia da UFRB, desenvolve à prática dos discentes em Unidades de Saúde da Família, Hospital Regional, Centro de Apoio Psicossocial Álcool e Drogas, Clínica do Rim, Centro de Testagem e Aconselhamento Especializado no município de Santo Antônio de Jesus. A experiência de dialogar as ações executadas nos estágios supervisionados, teve como objetivo inserir o discente de saúde como sujeito do processo de construção de uma prática transformadora interprofissional; instigar para o desenvolvimento de atividades educativas, assistenciais, gerenciais e de pesquisa, comprometidos com a universidade e com os serviços de saúde que compõe o a Rede de Atenção a Saúde. Finalizou o encontro da mostra, com o relato das experiências vivida pelos discentes, reflexões sobre: o processo de transição do ser estudante para o ser profissional, o pensar estratégias para o enfrentamento das dificuldades encontradas.

A terceira versão foi ainda mais ousada. A partir da necessidade de dialogar com outros cenários de Estágio Curricular nos municípios do Recôncavo Baiano, foi realizada a atividade extensionista intitulada III Mostra da Atenção Básica do Recôncavo: enfrentando dificuldades; compartilhando Ideias, e teve como objetivos: fortalecer a Atenção Básica no Recôncavo; promover diálogo entre a gestão, a comunidade e as Instituições de Ensino Superior; conhecer os desafios enfrentados pelos enfermeiros dentro da Atenção Básica e

compartilhar experiências exitosas na Atenção Básica. Com a inserção das atividades acadêmicas na Atenção Básica, por meio dos Estágios Curriculares dos cursos de graduação em Saúde, com destaque para a enfermagem, muitas reflexões foram encontradas concernentes à promoção, tratamento e reabilitação à saúde de diferentes territórios. Ao final do evento, constatou-se que as dificuldades da atenção básica no contexto do Recôncavo Baiano são semelhantes. Novas ideias foram compartilhadas, e embora experiências de ESI na atenção básica com atores do ensino superior público e privado, constatou-se que diferentes mosaicos são construídos no contexto da Equipe de Saúde da Família, da Comunidade para um SUS melhor. O referido evento foi um sucesso e seus objetivos foram alcançados.

Os trabalhos da primeira, segunda e terceira mostra versavam ações desenvolvidas pelos docentes, discentes e trabalhadores dos serviços, durante o semestre letivo do Estágio Curricular. Para fins didáticos apresentamos cinco eixos: eixo gestão do Serviço de Saúde, eixo de vigilância na saúde, eixo cuidado na saúde, eixo saúde do trabalhador e eixo educação em saúde. Para cada um deles apresentamos os títulos das intervenções e que representam superficialmente, as propostas realizadas no cenário da rede de atenção à saúde.

Para o **Eixo Gestão do Serviço de Saúde**: O Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD): o desafio da implantação e as estratégias de reimplantação em duas Unidades de Saúde da Família, de Santo Antônio de Jesus; A Organização da demanda e do fluxo de atendimento: Co-responsabilizando sujeitos em uma USF do Recôncavo Baiano; Metodologia da Assistência de Enfermagem: anamnese e exame físico; Informatização em saúde: uma ferramenta no gerenciamento da farmácia básica; Contribuição de enfermagem na estrutura organizacional de uma equipe de Saúde da Família; Mobilização para Implantação do Conselho Local;

**Eixo Vigilância na Saúde**: Diarreia em crianças menores de dois anos: vamos notificar?; A importância do saneamento básico para melhoria da qualidade de vida. **Eixo Cuidado em**



**Saúde:** As facetas do Acompanhamento de Pessoas Hipertensas e Diabéticas; O Olhar da Equipe Multidisciplinar; Forró e Saúde, um casamento que dá certo; Atividade Proza e Saúde com hipertensos e diabéticos na saúde da família; Atenção integral a saúde do homem: um enfoque na promoção da saúde e na prevenção de suas vulnerabilidades; Atividades extramuros como estratégia do acolhimento dos adolescentes ao Programa de Saúde do Adolescente; Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento das Crianças menores de dois anos, um caminho para a saúde infantil; Desenvolvimento de Estratégias para Adesão ao Preventivo e Auto Cuidado da Saúde da Mulher; Estratégia para Adesão do Auto exame das Mamas na Saúde da Família Dr. Otto Alencar, em Governador Mangabeira-BA; Imunização Sem Fronteiras: Estratégia para adesão ao Programa Nacional de imunização;

**Eixo Saúde do Trabalhador:** Saúde e Beleza de mãos dadas: o processo de saúde e doença na prática dos profissionais do salão de beleza; **Eixo Educação em Saúde:** Ação Educativa de Enfermagem com abordagem na Sexualidade do Adolescente da Escola Florentino Firmino; Educar para prevenir pé diabético; Mulher: Dê adeus à vergonha, faça o preventivo; A importância da educação em saúde para a adesão ao programa de acompanhamento de Hipertensão e Diabéticos; Hipertensão: eu me cuido e você?; LIXO: conscientização para os usuários da área de abrangência da Unidade Saúde da Família (USF) Aurelino Pereira dos Reis; CONSCIENTIZE-SE: uma forma de educar a comunidade da USF dona rosa quanto aos cuidados com o lixo;

Todas estas ações desenvolvidas em diferentes eixos, provocaram experimentações e reflexões nos cenários dos serviços de saúde no contexto da saúde coletiva, possibilitando aos aprendizes, esta na condição de vulnerabilidade de uns, para com os outros. Neste sentido, corrobora-se com (UFRGS,2014c), quando afirma que a prática docente e discente deve nos permitir estar em constante movimento de mudança, estar abertos às possibilidades criativas abertas no cotidiano dos serviços de saúde, mobilizadas

pela diversidade cultural e social existentes para além da sala de aula, para o extra muro, para o território dinâmico e cultural dos serviços de saúde brasileiro.

### **Estação 3: A pesquisa e a Intervenção aliança que tem dado certo.**

Não se pode pensar atenção básica como campo de Estágio, meramente utilitário para o ensino profissional. Faz-se necessário transcender para uma lógica SUS escola, onde todos ensinam e todos aprendem. Os trabalhadores de saúde, o usuário, o discente, o docente devem vivenciar o ESI de modo horizontal, onde cada um vai ensinar e aprender alguma coisa sobre o processo saúde e doença, sobre a gestão do cuidado, gerência e funcionamento do serviço de saúde, sobre o trabalho multidisciplinar e interdisciplinar, dentre outras coisas do universo do ensinar e do aprender.

A pesquisa no ESI esta na condição de pesquisa-ação, onde há identificação de problemas no cotidiano dos serviços de saúde da atenção básica, seja no aspecto de gerencia do cuidado, no funcionamento e gerenciamento do serviço de saúde, na comunicação e funcionamento dos serviços de saúde que compõe a rede de atenção à saúde. A partir da identificação dos problemas, inicia-se o processo de enfrentamento para solucioná-los.

Na dinâmica do ESI, a pesquisa tem-se realizado em três fases: a diagnóstica, a formativa e a somativa. No que concerne a pesquisa-ação a primeira fase identifica-se os problemas a partir dos relatos dos trabalhadores da saúde, da visita no território adscrito a USF, da análise e interpretação dos sistemas de informação e dados epidemiológicos, e do confronto entre as práticas de cuidado normativa e a executável. Na fase seguinte (formativa), os docentes e discentes de ESI elaboram o projeto de intervenção e compartilham com a equipe de saúde da família, para estabelecer a prioridade, a factibilidade e a adesão à proposta. Em seguida, na fase somativa,

é executada a ação planejada de modo processual, colaborativo, compartilhado e avaliado por todos os participantes (trabalhadores do serviço, discentes, docentes, usuários).

Nesta tríade planejamento-execução-avaliação instala-se o desafio. O desafio de estabelecer pesquisa-ação continuada ao longo dos semestres letivos, o desafio de manter-se motivado para dar seguimento ao que foi pensado e idealizado com o grupo de outrora, de comprometer-se, de continuar e negociar sempre que necessário. Ao longo desta trajetória do ESI na Atenção básica, a pesquisa-ação foi experiência de diferentes modalidades: modo pontual (uma única intervenção, quando acabou o semestre letivo do estágio, acabou a intervenção) e modo processual (independente do estágio, a intervenção continuava) sendo necessário algumas vezes voltar ao ponto central da situação e onde almejava-se chegar. Vários foram os projetos de pesquisa-ação e que foram desenvolvidos na trajetória do ESI, será apresentado a seguir algumas destes, permitindo ao leitor a reflexão sobre a relevância e as inovações executáveis no cotidiano da gerência e da gestão da saúde da família.

A primeira pesquisa-ação relatada é na área de saúde da criança. Com diagnóstico situacional na área de abrangência da USE, notou-se alta incidência de crianças de 0 a 4 anos que não tem acesso às consultas multiprofissionais (enfermeiro, médico, cirurgião dentista) na unidade de saúde da família estudada. Então emerge a ação para organizar e qualificar o acompanhamento do Crescimento e desenvolvimento de Crianças (ACD), modo multidisciplinar para crianças de 0 a 4 anos. Discentes, trabalhadores de saúde e docente que integravam o Estágio Supervisionado daquela unidade, decidiram construir um fluxograma das consultas de ACD, que assemelha-se com um jogo infantil denominado “jogo de amarelinha”. Cada retângulo do fluxograma (cada casa do jogo de amarelinha) representava um período da vida (de 0 a 4 anos) e o que a criança necessita durante esta fase, possibilitando os cuidadores e os profissionais seguirem um passo a passo, de como acompanhar a criança na saúde da família. Após a criação fluxograma de modo

lúdico, foram criadas outras estratégias para adesão da ação. São elas: treinamento em serviço com os trabalhadores da unidade para operacionalização do cronograma, educação em saúde de modo individual e coletivo, com os cuidadores das crianças no território adscrito. O resultado desta pesquisa-ação aumento do número de crianças, para as consultas multidisciplinar nas semanas seguintes a implantação do projeto. Conclui-se que ações como estas, precisam de adesão de todos os integrantes da saúde da família, de modo coeso com a universidade para juntos, fortalecerem o serviços de saúde da atenção básica e conseqüentemente promover qualidade de vida e saúde para a comunidade.

A segunda experiência de pesquisa-ação envolve a gerência de enfermagem nos serviços de saúde. O diagnóstico situacional foi realizado através da metodologia do Planejamento Situacional Estratégico, que resultou na priorização de problemas relacionados à organização dos serviços ofertados na Unidade de Saúde da Família. Seguindo do diagnóstico desenvolve-se a ação: construir protocolos de atendimento na atenção básica, denominado de Procedimentos Operacionais Padrão (POP). Os POP foram construídos coletivamente (estagiários, docente e trabalhadores de saúde da família), nos quais o discente apresentava a proposta da padronização de acordo com arcabouço teórico, realizavam educação em serviço sobre o conteúdo estudado e os trabalhadores da saúde apontavam as limitações e juntos, construíam um procedimento adaptado a realidade do serviço, sem ferir a técnica científica. Nesta forma de desenvolver a ação, ao final foram construídos três POP de diferentes setores e que compõe o serviço oferecido na unidade de saúde: POP sala de vacina, POP sala de procedimentos, POP recepção e central de material de esterilização. Ao final da intervenção, os trabalhadores sugerem uma intensificação das atividades de Educação Permanente no município, bem como, uma maior interação entre profissionais das USF e gestores de saúde, para troca de informações sobre as dificuldades vivenciadas no serviço. Conclui-se que há necessidade de fortalecer a integração ensino-

serviço, para promoção de processos educativos mais próximos a realidade do sistema de saúde que temos e que idealizamos ter.

Neste sentido, a Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, através do Estágio Supervisionado na Atenção Básica, tem experienciado na sua trajetória ações que possibilitam a indissociabilidade entre ensino-pesquisa-extensão e que fortalecem ainda mais o sistema de saúde, que busca ser universal, equânime, descentralizado e participativo. Nosso Sistema Único de Saúde construído por todos!

### **Algumas considerações sobre o aprendizado**

A modelagem do Estágio Curricular em enfermagem ao longo destes dez anos de UFRB, tem sido flexível, capaz de ajustar-se às diferentes situações e circunstâncias, que por diversas vezes nos paralisa e impulsiona à reflexão. O que dizer da greve dos estudantes, dos docentes e dos servidores técnicos, que em momentos distintos, buscaram melhorias para o ensino e para o trabalho decente? O que dizer quando um componente curricular como ESI se depara com a transição de governo municipal e mudam-se 90% dos preceptores dos serviços, os gestores da atenção básica e novas articulações de integração de ensino serviço têm que recomeçar?

O ensino e a aprendizagem através do método da problematização, a extensão, a pesquisa e a Intervenção no ESI, formam contribuições importantes para a saúde coletiva no âmbito municipal. Para o centro de ciências da Saúde da UFRB, a indissociabilidade entre ensino-pesquisa e extensão está apenas começando. O desafio apresenta-se na articulação constante entre, pesquisa-ensino e extensão no cotidiano do serviço precarizado, com vínculos trabalhistas frágeis, onde a rotatividade do preceptor faz-se presente e onde a lógica da produção quantitativa é sobreposta à qualitativa, que limita a atuação do estagiário e enfermeiro na Atenção Básica.

Muitos são os desafios, que vai desde a alta carga horária do docente, até a institucionalização dos cenários de prática na perspectiva de SUS escola, correlacionando com o plano de carreira para o SUS. Os desafios existem. Para superá-los, todos precisam caminhar juntos. A universidade (docentes, discentes e técnicos administrativos e gestores) e a comunidade (cidadão brasileiro trabalhadores ou não), unidas para a construção de um mundo melhor.

### **Agradecimentos**

Agradecemos a todos os docentes, discentes e trabalhadores de saúde que imprimiram seu tom nesta trajetória de Estágio Supervisionado e que está apenas começando. Um brinde!

### **Referências**

BRASIL. **Diretrizes Curriculares para os cursos da saúde.** Brasília, DF: Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior, 2014. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_contentview+article&id=12991:diretrizes-curriculares-curso-de-graduação-&catid=323:orgao-vinculados](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_contentview+article&id=12991:diretrizes-curriculares-curso-de-graduação-&catid=323:orgao-vinculados)>. Acesso em: 03 fev. 2015.

DIAZ-BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. M. **Estratégias de ensino - aprendizagem.** 16. ed. Petrópolis: Vozes, 1995, 316 p.

CRUZ DAS ALMAS (Município). **Resolução CONAC 08/08.** Dispõe sobre as normas que disciplinam as atividades de extensão Universitária no âmbito da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Cruz das Almas, BA: UFRB, 2008..

MAGUEREZ, C. **Elementos para uma pedagogia de massa na assistência técnica agrícola**. Campinas, 1970. (Relatório apresentado à Coordenadoria da Assistência Integral da Secretaria de São Paulo /mimeo/).

NAKATANI, A. Y.; CARVALHO, E. C. de; BACHION, M. M. O ensino do exame físico pulmonar através do método de problematização. **Rev. Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 117-123, dez. 2000.

UFRGS (Universidade Federal do Rio Grande do Sul). Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde (EducaSaúde). Curso de Especialização em Docência na Saúde: **Docência e práticas de redes na gestão, atenção e participação em Saúde**. Porto Alegre: UFRGS/EducaSaúde, 2014a. Material de apoio do Curso de Especialização Docência na Saúde. Disponível em: <<https://moodle.ufrgs.br>>. Acesso em: 04 jul. 2014.

UFRGS (Universidade Federal do Rio Grande do Sul). Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde (EducaSaúde). **Curso de Especialização em Docência na Saúde: Gestão e protagonismo participativo no ensino e no trabalho da Saúde**. Porto Alegre: UFRGS/EducaSaúde, 2014b. Material de apoio do Curso de Especialização Docência na Saúde. Disponível em: <<https://moodle.ufrgs.br>>. Acesso em: 09 set. 2014.

UFRGS (Universidade Federal do Rio Grande do Sul). Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde (EducaSaúde). Curso de Especialização em Docência na Saúde: **O protagonismo docente diante dos compromissos da formação com o SUS**. Porto Alegre: UFRGS/EducaSaúde, 2014c. Material de apoio do Curso de Especialização Docência na Saúde. Disponível em: <<https://moodle.ufrgs.br>>. Acesso em: 16 out. 2014.





# **INTERSETORIALIDADE EM POLÍTICAS SOCIAIS: uma proposta metodológica em construção**

*Flávia Conceição dos Santos Henrique  
Jeni Vaitsman*

A referência à intersectorialidade tem sido recorrente no campo das políticas públicas, tanto em discursos acadêmicos quanto nas bases normativas de institucionalização de sistemas públicos de proteção social. Nesse sentido, reflete a crescente compreensão da natureza complexa e estrutural dos problemas sociais, objeto das intervenções do Estado. O tema também se insere em um campo emergente de estudos sobre governança.

São muitos os termos cunhados pela literatura, sobretudo internacional, para traduzir aspirações acadêmicas e ou iniciativas institucionais de compreensão e realização desse empreendimento político-social, ainda que com diferentes perspectivas teóricas sobre o papel do Estado, suas relações com outros atores sociais, as estratégias propugnadas, formas de conceber e encaminhar soluções para determinado problema.

Não obstante, o uso do termo na agenda pública, associado a outros, tem implicado na dificuldade de demarcar precisamente as diferenças entre eles, embora todos indiquem a necessidade de se enfrentar a incipiente efetividade da ação pública seja diante da complexidade do mundo contemporâneo, seja por reconhecer a multidimensionalidade dos problemas sociais e de suas soluções (BRONZO, 2010; GRAU, 2005).

Mesmo a utilização de termos, recorrentemente, referidos em associação ao de intersectorialidade como cooperação, coordenação, sinergia e integração comporta uma pluralidade de significados.

Não há convergência na literatura consultada sobre as diferenças e especificidades existentes entre eles que seja capaz de estabelecer limites conceituais claros (BRONZO, 2010; MORENO, 2007; GRAU, 2005). Destaca-se que nem sempre os estudos consultados explicitam o que os conceitos pretendem dizer.

Talvez isso explique, em alguma medida, o hiato existente entre o reconhecimento da intersetorialidade, a extensão com que vem sendo acolhido e sua realização na prática, bem como a baixa produção de estudos empíricos sobre as condições que favorecem ou dificultam sua implementação e efetivação. Os escassos estudos existentes, centrados em contextos onde vem sendo assumido como prioridade e anunciado como princípio de políticas e programas, revelam que a sua efetivação apresenta um desafio, não obstante referências a algumas conquistas (BRONZO, 2010; BURLANDY, 2009; MAGALHÃES; BODSTEIN, 2009; WIMMER; FIGUEIREDO, 2006; GRAU, 2005; ANDRADE, 2004).

Tudo isso expõe o incipiente acúmulo teórico-metodológico sobre o tema. Essa é a conclusão que emerge dos resultados encontrados, a partir de pesquisa bibliográfica às bases de dados nacionais e internacionais e revisão da literatura. Elas corroboram com estudiosos do tema, que afirmam que não há uma teoria estruturada sobre intersetorialidade que sustente a construção de um quadro analítico (GRAU, 2005), que se trata de um campo de estudo ainda emergente (ST-PIERRE; GAUVIN, 2010), ou que as análises sobre a sua aplicação aparecem com conceitos vagos e critérios pouco sustentados cientificamente, derivados mais da observação “intuitiva” e empírica de experiências (MORENO, 2007).

A partir desse entendimento – intersetorialidade “como problema e como solução”, o objetivo desse capítulo é elaborar uma proposta metodológica para o estudo da intersetorialidade na esfera da gestão governamental. Para tanto, procedemos inicialmente a uma sistematização da literatura a partir de estudos teóricos e empíricos, que tomaram intersetorialidade

como objeto de estudo. Em seguida, destacamos questões, conceitos, objetivos e dimensões que nos pareceram mais relevantes, para serem traduzidos em uma proposta de análise da intersectorialidade. Vale destacar nesse momento, mais uma vez, a escassez de estudos encontrados, tanto no âmbito nacional, quanto internacional. Ao final do capítulo o que se pretende responder é: como analisar teoricamente expressões empíricas da intersectorialidade, ou melhor, práticas intersectoriais?

### **Considerações teórico-metodológicas**

A intersectorialidade pode ser vista a partir de duas perspectivas: no plano teórico-metodológico, como um construto sobre relações sociais, políticas e institucionais; no plano da formulação e implementação de uma política ou programa, como uma diretriz e como uma estratégia de operacionalização, respectivamente.

Foi em relação à segunda perspectiva que a ideia de intersectorialidade desenvolveu-se mais, situando-se no âmbito dos princípios e diretrizes propugnados como necessários à estruturação de mudanças político-institucionais de forma a reconfigurar o Estado rumo ao desenvolvimento social. Essa concepção se fortaleceu a partir dos anos 90, quando a adoção de agendas sociais, oriundas de organismos internacionais, passa a destacar a articulação interinstitucional (BRONZO, 2010; GRAU, 2005). Neste sentido, a integralidade e a complementaridade tendem a ser os conceitos sobre os quais se baseiam as estratégias da política social. No Brasil, com o processo de democratização a partir da Constituição de 1988, estes também se configuraram como orientadores das estratégias de proteção social. Nesse sentido, passam a fazer parte de projetos políticos transformadores (GRAU, 2005; KLIKSBURG, 2002; INOJOSA, 2001) de garantia de direitos sociais, que

impõem mudanças nas formas tradicionais de olhar, conceber e produzir, relacionadas às respostas públicas aos problemas sociais. O reconhecimento da natureza complexa e das inter-relações entre os fenômenos sociais, também questiona as estruturas e abordagens setorializadas, demandando soluções que desafiam a capacidade da gestão pública de atuar em um arranjo institucional conformado, de modo a ultrapassar a setorialização.

Em termos conceituais, não obstante as imprecisões destacadas, um dos conceitos disponíveis na literatura e que favorece desdobramentos analíticos claros, é o de Junqueira e Inojosa (1997): a articulação de saberes e experiências de forma a superar a fragmentação no processo de políticas públicas e alcançar a integração e sinergia demandadas pelo caráter complexo dos problemas sociais e, assim, viabilizar condições necessárias à efetividade das políticas e ao desenvolvimento social.

Esta definição remete a todo o processo político de políticas públicas – formulação, implementação e avaliação. Presume-se que a sua efetivação suscita ações transversais, concertadas, sustentadas na horizontalidade das relações, orientações estratégicas, focando um objetivo comum. Remeter à superação da fragmentação refere-se, tanto à articulação de conhecimentos, quanto às práticas institucionais. Nessa direção a intersectorialidade pode ser vista como um “instrumento da integralidade”, orgânico às políticas e programas de inclusão social (JUNQUEIRA, 2004). Situa-se no contexto das alternativas às práticas sociais setorializadas as quais, por sua vez, originam-se na questão da disciplinaridade de produção de conhecimento resultado de um conjunto de aspectos da ciência contemporânea (ALMEIDA FILHO, 2000).

Tanto quanto os desafios à transformação social, a efetivação da intersectorialidade, por si só, circunscreve novas provocações. Sua realização, longe de ser espontânea e pontual, demanda mecanismos, estruturas, processos e instituições coletivamente organizados e acordados. Emerge como resultado de visão integrada dos problemas sociais e de suas soluções, e

envolve questões de gestão organizacional, tanto em relação a aspectos estruturais, quanto de dinâmica relacional, o que a remete ao âmbito da ação coletiva (BRONZO, 2010; JUNQUEIRA, 2004). Para Kalegaonkar e Brown (2000), os resultados positivos da cooperação intersetorial incluem as inovações para problemas complexos e persistentes, os efeitos catalíticos e multiplicadores para a transformação social, a sustentabilidade das mudanças sociais, a criação de capital social multissetorial e uma nova capacidade para a ação conjunta.

Enquanto tipo especial de relação, implica em uma dinâmica que surge tanto do número de organizações envolvidas, quanto das especificidades setoriais destas (KALEGAONKAR; BROWN, 2000). Comumente os setores, sob condições desfavoráveis, têm comportamento competitivo e não colaborativo, o que implica em obstáculos à legitimidade de projetos inovadores. Dessa forma, imediatamente, sobrevêm questionamentos sobre as condições de superação dos desafios que perpassam essa dinâmica, tais como: conciliação de diferentes dinâmicas de poder entre as instâncias envolvidas; estabelecimento de objetivos e compromissos mútuos; compatibilização de arranjos institucionais; conciliação de autonomias; desenvolvimento de uma cultura de cooperação, entre outros (ST-PIERRE; GAUVIN, 2010).

Estas questões destacam a natureza política e processual da intersetorialidade de onde presume-se o embate entre diferentes atores sociais em torno de ideias, valores, projetos e interesses que condicionam as estratégias de sua gestão e que, por sua vez, implicam no caráter contingente das ações implementadas. Questões que chamam atenção para os melindres envolvidos no processo e imputa a necessidade de encontrar formas harmonizadas de lidar com as diferenças e superar as barreiras, sobretudo iniciais, excessivamente densas.

Sobre os desafios ao desenvolvimento de uma ação pública articulada, Moreno (2007) elenca os seguintes pontos: a) interdependência organizacional e complexidade contextual,

que requer dedicar grandes esforços para compreender e cumprir a própria posição em um contexto complexo, o que envolve a qualidade das relações; b) multifatorialidade e transversalidade dos problemas a serem atendidos pela administração pública, o que demanda uma visão abrangente, integral e capacidade de gestão pública transversal, como forma de superar a setorização, que significa uma atuação isolada, parcial, focalizada; c) fragmentação da autoridade em distintos âmbitos de competências e funções; d) especificidades das trajetórias, olhares e visões sobre problemas, formas de agir e diferentes capacidades administrativas, ou seja, heterogeneidades nos níveis de desenvolvimento institucional; e) diferenças em termos de orçamentos; f) pluralidade política induzida pela democratização que complexifica processos decisórios, devido a conflitos, disputas e interesses; g) necessidade de maior sustentabilidade social das políticas, o que remete às relações Estado x sociedade. Assim, conclui que a ação intersetorial significa buscar respostas integrais a problemas complexos. Isto passa, necessariamente, por arranjos institucionais inovadores.

A literatura que discute os desafios colocados à implementação de práticas intersetoriais, no plano da formulação e implementação de uma política ou programa, revela abordagens com enfoques múltiplos, privilegiando a estrutura organizacional e ou a questão das práticas e das relações inter organizacionais. Destarte, a intersetorialidade é entendida, tanto como uma estratégia de redesenho de obsoletas estruturas organizacionais, as quais solicitam inovações no âmbito da configuração administrativa quanto um problema da dinâmica das relações.

A primeira perspectiva – e suas várias nuances – coloca a intersetorialidade como uma das possibilidades de resposta organizativa em um contexto onde novas aspirações políticas e sociais não se adéquam aos sistemas técnicos especializados e estruturas burocratizadas (BRONZO, 2010; PAUN, 2010; ST-PIERRE; GAUVIN, 2010; MENDES; AKERMAN, 2007;

MORENO, 2007; PENG, 2005; ANDRADE, 2004; INOJOSA, 2001). A segunda perspectiva situa a intersectorialidade como uma nova práxis social, orientada por novos paradigmas da ação coletiva (GAGNON; KOURI, 2008; BRONZO, 2010; ST-PIERRE; GAUVIN, 2010; WIMMER; FIGUEIREDO, 2006; PAUN, 2010; MENDES; AKERMAN, 2007; KLIKSBERG, 2002; ALMEIDA FILHO, 2000; KALEGAONKAR; BROWN, 2000). Outras ainda situam a intersectorialidade na esfera da gerência organizacional, mas além de uma perspectiva de natureza formal supõe um Estado que promova o capital humano e social em prol de sinergias (KLIKSBERG, 2002; KALEGAONKAR; BROWN, 2000).

Compreendemos que o desafio implica em inovações organizacionais, apontando para uma dimensão mais operacional, mas, também, e, sobretudo, o desafio é cooperativo, ou seja, remete a outra dimensão – a política (PAUN, 2010; ST-PIERRE; GAUVIN, 2010; CLINE, 2000; KALEGAONKAR; BROWN, 2000). De outro modo, apenas iniciativas de remodelagens organizacionais restam ineficazes, sendo preciso um processo de integração sistêmica capaz de orientar processos harmônicos e coerentes com a natureza dos desafios.

Enquanto processo de organização de ação coletiva envolve integração (GAGNON; KOURI, 2008; BRONZO, 2010; ST-PIERRE; GAUVIN, 2010; FERNANDEZ; MENDES, 2007; MENDES; AKERMAN, 2007; WIMMER; FIGUEIREDO, 2006; PENG, 2005), cooperação (PAUN, 2010; MENDES; AKERMAN, 2007; JUNQUEIRA, 2005; PENG, 2005; CLINE, 2000; KALEGAONKAR; BROWN, 2000; JUNQUEIRA, 1997), coordenação (ST-PIERRE; GAUVIN, 2010; MORENO, 2007; PENG, 2005), sinergia (PAUN, 2010; JUNQUEIRA, 2005; INOJOSA, 2001). A intersectorialidade não se esgota com a articulação entre organizações e seus atores apenas; ultrapassa os limites da ação conjunta, da articulação, como bem explicitado no conceito de Junqueira e Inojosa (1997). A leitura realizada sugere que a articulação representa apenas um primeiro momento, talvez

chave, de um processo gradual que se efetiva com a superação de obstáculos que impedem a efetivação de políticas públicas.

A consecução de cada uma dessas formas de ação coletiva e seus requisitos, mobiliza um conjunto específico de instrumentos e processos concertados a partir de um planejamento prévio, sem que com isso desconsidere elementos de contexto e que condicionam os resultados. Para isso não há um caminho único.

Parece haver concordância na literatura, de que a intersetorialidade pode se realizar de diferentes formas e conformar diferentes arranjos. Nessa perspectiva, em cenário ainda de escassez, alguns autores sugerem caminhos de viabilização de uma estratégia intersetorial, embora poucos trabalhos exponham um quadro analítico.

Nesse sentido, St-Pierre e Gauvin (2010) enfrentando os desafios postos à “governança intersetorial” para a saúde, apresentando um quadro conceitual onde destacam quatro dimensões centrais de uma posposta intersetorial: liderança (do governo), coordenação e colaboração, *accountability* e mudanças culturais. Destacam como condições favoráveis à governança intersetorial da saúde: a) tipo forte e consensual de liderança; b) o estabelecimento de estruturas de coordenação e colaboração; c) a existência de claras estruturas de *accountability*; d) o uso de métodos que suportem o estabelecimento de uma cultura organizacional adequada.

Por sua vez, Kalegaonkar e Brown (2000) analisando quatro exemplos de iniciativas intersetoriais para o desenvolvimento, em diferentes contextos, focalizando temas e padrões, que contribuam a uma maior atenção para questões afins à cooperação intersetorial sistematizam recomendações em torno da construção de viabilidade e responde às questões de quando a cooperação intersetorial é mais apropriada e o que requer para iniciar a sua implementação. Em relação aos requisitos prévios à implementação, destacam quatro lições: desenvolver planos compartilhados que identifiquem os papéis, responsabilidades e recursos; promover a influência mútua na tomada de decisões;



gerenciar conflitos na implementação e apresentar ganhos mútuos. Em resposta à primeira questão – quando é mais apropriada – apontam: frustração com as tentativas anteriores para resolver um problema de modo monosetorial, a necessidade de recursos que estão dispersos entre os diversos setores e uma história de relações que encoraja novas tentativas intersetoriais. Para a segunda – o que requer – elencam: convocantes com a credibilidade para agregar todas as partes relevantes; enquadrar problemas para enfatizar a necessidade de ganhos mútuos e de participação multisetorial, equilibrar as diferenças de poder entre as partes desde o início e, por fim, investir na construção de relacionamentos, bem como a resolução de problemas.

Também, Gagnon e Kouri (2008), a partir da análise de estratégias de gestão integrada de duas iniciativas canadenses, sistematizaram três categorias de fatores de sucesso para iniciativas de “governança integrada”, são elas: compreensão do poder governamental; mecanismos de controle e procedimentos inovadores (fator estrutural), sistemas de produção e gestão do conhecimento (fator de mobilização). A primeira, refere-se à capacidade de coordenar os recursos públicos e privados; a segunda, no sentido de coordenação das políticas públicas, compreende: liderança, envolvimento coletivo, mecanismos de *accountability* originais, estabelecimento de incentivos pró-articulação, adaptados às diferentes ‘culturas organizacionais’ e práticas eficazes de gestão de conflito e; a terceira, está relacionada com as formas modernas de exercício do poder governamental.

De uma forma geral, entre aqueles autores que buscam responder à pergunta de como se opera e/ou o que requer da intersectorialidade, emergem os seguintes pontos: visão ampla dos problemas, decisão de promover amplo processo de inclusão dos diversos atores sociais; promover mudanças de arranjos institucionais (formato, modo de gerir a política) (BRONZO, 2010; MENDES; AKERMAN, 2007; GRAU, 2005); estabelecendo uma estratégia prévia de gestão – como mecanismos integrados, tais como redes,

foco no território, na família, estruturas matriciais de gestão, partir do compartilhamento de saberes e práticas e do entendimento comum e compromisso coletivo (BRONZO, 2010; KLIKSBERG, 2002); projetos com enfoque sistêmico; intencionalidades orientadas para objetivos coletivos – liderança, pessoas estratégicas defendendo a ideia; mudanças político-culturais que envolvem as práticas coletivas (PAUN, 2010; ST-PIERRE; GAUVIN, 2010; MENDES; AKERMAN, 2007; KALEGAONKAR; BROWN, 2000) ações transversais (coordenação horizontal) (MORENO, 2007; PENG, 2005).

Com relação aos obstáculos à implementação e sustentabilidade de uma estratégia intersetorial, as seguintes questões são destacadas na literatura consultada: estruturas burocráticas (aparato administrativo) e corporativas; dinâmica de poder, método, abordagens de políticas públicas (focalização x universalização) tradicionalmente universais com ações focalizadas, cultura organizacional; dificuldades de coordenação no governo; lógica tradicional de operação do Estado; baixa capacidade técnica dos agentes; valores estruturais de funcionamento do governo, conflitos de implementação (ter mecanismos de gestão de conflitos); distribuição desigual de custos e benefícios. Em relação à gestão são apontados: sistema de prestação de contas/responsabilização (*accountability*), de monitoramento e avaliação.

Pelo volume de questões colocadas, depreende-se que não é por base normativa que se alcança a intersetorialidade, embora haja convergência entre os autores sobre a importância de um instrumento que desencadeie o processo, que pode ser um instrumento legal ou experiências temporárias, ainda que estas sejam logo passíveis de serem interrompidas (MENDES; AKERMAN, 2007). Cada iniciativa conforma suas próprias formas, opções e condições – favoráveis ou não – moldadas pelo contexto político e social que restringe as escolhas (GAGNON; KOURI, 2008; PENG, 2005).

Conclui-se que sua operação implica em uma intrincada rede de relações. Reconhecemos que é, sobretudo no âmbito da ação coletiva que está a base que sustenta estratégias intersetoriais de enfrentamento de problemas sociais complexos e “perversos”. Compreendemos que nisto reside a complexidade do processo, as dificuldades de sua experimentação e efetivação nas práticas dos governos. A intersectorialidade envolve decisão conjunta a partir de arenas de interesses distintos e de grande diversidade de valores relacionado com o que Dulh e Calame (2004), citados por Mendes e Akerman (2007), denominam de “Governança da Diversidade”.

Por todo o exposto até então, consideramos a intersectorialidade como uma nova estratégia de prática social, na esfera governamental, que deveria ser assentada em formas cooperativas, integradas e coordenadas de organização da ação coletiva, que busca no âmbito da gestão promover efeitos sinérgicos de modo a romper com a fragmentação institucional e a rigidez burocrática e, assim, superar barreiras organizacionais, políticas e culturais, em prol da institucionalização efetiva de sistemas de produção de bens públicos, como caminho ao desenvolvimento social.

Nesta perspectiva, tomamos a cooperação como atividade política de negociação, de ajustamento de comportamentos que busca estabelecer acordo mútuo de colaboração entre organizações que operam isoladamente e em situação de conflito e assim gerar capacidade de agir e alcançar objetivos (CLINE, 2000; AXELROD, 1984). Adquire centralidade no debate sobre institucionalização de sistemas públicos de provisão de bens públicos, onde aparece como uma das formas de ação coletiva de maior expressão, basilar a uma gestão social e consecução de objetivos públicos (KLIKSBURG, 2002; KALEGAONKAR; BROWN, 2000). No âmbito das políticas públicas, alguns autores concordam que criar um contexto de cooperação em meio a conflito é visto como a principal tarefa de gestão (MORENO,

2007; GRAU, 2005; CLINE, 2000; KALEGAONKAR; BROWN, 2000).

Por sua vez, a coordenação é entendida como a articulação de setores em situações de interdependência, de forma a harmonizar às suas políticas, bem como seus sistemas de prestação de serviços, em torno de objetivo comum, a fim de evitar sobreposição (UMAYHARA, 2004). Constitui-se em uma atividade complexa, sobretudo política, desde que busca submeter a lógica dos interesses em jogo a um sistema integrado e harmônico capaz de compatibilizar as diferentes visões. Enquanto função política e técnica de concertação de ações de coletivos supostamente em situação de cooperação, em direção a objetivo comum, conforma-se em tarefa altamente melindrosa, que envolve uma dimensão dialógica, de forma a não recrudescer conflitos entre agentes com diferentes racionalidades, mas que acordaram em cooperar.

A integração definida enquanto união de setores para solução de problemas comuns e complexos, caracterizando condição de forte interdependência e coerência de ações entre as partes é, de todos os termos que fazem alusão à intersetorialidade, aquele que parece melhor traduzir a ideia força, contida nesse conceito (PENG, 2005). Contudo, também é aquele que mais indistintamente é tomado como sinônimo dos vários outros vocábulos associados a ela. Parece ser um daqueles termos que só adquire sentido quando acompanhados de outro. Na esfera da gestão pública sua importância está na medida direta com que critica-se a fragmentação institucional e o isolamento de estruturas burocráticas. Peng (2005), referindo-se à teoria da governança holística, diz que a integração traduz o anseio em resolver o seu principal problema – o da baixa inclusão.

Já o termo sinergia remete à ação conjunta de duas ou mais organizações que produz um efeito combinado superior à soma dos esforços individualizados (MORENO, 2007; EVANS, 1996; OSTROM, 2006). Embora revestida de importância estratégica

para a intersectorialidade, não aparece nos trabalhos sobre o tema com a mesma força que os outros termos referidos anteriormente. Talvez isso diga respeito à dificuldade de diferenciá-la, sobretudo do termo integração. Tal como assumida no âmbito dos estudos sobre intersectorialidade, refere-se à ação conjunta e simultânea – de um ou mais agentes – que produz um efeito combinado superior à soma dos esforços individualizados. Isso indica que o alcance da intersectorialidade não ocorre com a integração ou com a coordenação, mas sim a partir da qualidade dos resultados destas ações.

### **A proposta metodológica**

A partir da revisão da literatura sobre a intersectorialidade, elaboramos uma proposta metodológica contemplando quatro categorias que consideramos capazes de traduzir empiricamente, a intersectorialidade em arranjos de governança pública: cooperação, integração, coordenação e sinergia. Além destas quatro, que servem à análise das relações entre organizações ou atores de diferentes setores, elegemos mais uma – contexto – que constitui o ambiente dentro do qual, um conjunto de fatores condicionam os resultados da interação entre as outras categorias de análise.

Consideramos que apreender as relações entre esses, quatro elementos dão pistas importantes sobre relações intra e interorganizacionais, e sobre a dinâmica das práticas sociais no interior do governo.

Para conduzir incursões empíricas, fundamentar e padronizar o processo de análise, foi construída uma matriz analítica contemplando, para cada uma das cinco categorias analíticas da intersectorialidade, os seguintes elementos: definição, questões norteadoras e variáveis permitindo a apreensão condições normativas, administrativas, culturais e políticas condicionando práticas intersectoriais (Quadro 1).

Quadro 1. Matriz de Análise: categoria analítica, definição, questão norteadora e variáveis.

CATEGORIA ANALÍTICA	DEFINIÇÃO	QUESTÃO NORTEADORA	VARIÁVEIS
<b>COOPERAÇÃO</b>	- Atividade política de negociação: ajustamento de comportamentos - que busca estabelecer acordo mútuo de colaboração entre entidades que operam isoladamente e em situação de conflito e assim gerar capacidade de agir e alcançar objetivos (CLINE, 2000; AXELROD, 1984).	- existe um contexto cooperativo envolvendo atores em organizações que participam do processo de implementação de políticas sociais?	- mecanismos de negociação; de conciliação de autonomias; de tomada coletiva de decisões sobre implementação.  - instituições: regras, normas, procedimentos, rotinas e convenções – formais e informais <sup>20, 28</sup> .  - instrumentos de promoção de confiança e reciprocidade: planejamento participativo, presença de autoridade social, comunicação (construção de expectativas compartilhadas), acordos de longo prazo, relação contínua que cria registro de interação e expectativas para o futuro.
<b>COORDENAÇÃO</b>	- Articulação de setores em situações de interdependência, de forma a harmonizar as suas políticas, bem como seus sistemas de prestação de serviços, em torno de objetivo comum, a fim de evitar sobreposição (UMAYAHARA, 2006).	- a estrutura de coordenação de políticas sociais possibilita compatibilizar diferentes autonomias, dinâmicas de poder e metodologias de ação e estabelecer objetivos e compromissos mútuos?	- mecanismos de coordenação transversais: conselhos, fóruns, câmaras, gabinetes, grupos técnicos.  - instrumentos de implementação de políticas: sistemas de monitoramento e avaliação das políticas sociais; existência de indicadores; tecnologias de informação e comunicação compartilhadas.  - planejamento participativo e elaboração de plano de ação conjunto: compartilhamento de objetivos, responsabilidades e perspectivas comuns.
<b>INTEGRAÇÃO</b>	- União de setores para solução de problemas comuns e complexos caracterizando condição de forte interdependência e coerência de ações entre as partes (PENG, 2005).	- as organizações que se relacionam conformam um todo integrado - um sistema?	- tomada de decisão e implementação integrada de programas e ações de políticas sociais  - marcos operacionais que determinam metas, referências e modos de operacionalização.
<b>SINERGIA</b>	- Ação conjunta, coordenada e simultânea de duas ou mais organizações que produz um efeito combinado superior à soma dos esforços individualizados (MORENO, 2007; EVANS, 1996; OSTROM, 1996).	- os arranjos inter-organizacionais conformam inovações ou as favorecem nas relações intra e inter-organizacionais e na dinâmica das práticas sociais no interior do governo?	- modos conjuntos (entre duas ou mais organizações ou atores) de conceber e produzir respostas públicas aos problemas sociais.  - interdependência entre setores.  - práticas sociais inter e intra-organizacionais no interior do governo integralizadoras ou complementares.

<b>CONTEXTO MUNICIPAL</b>	- Histórico  - Conjuntural	- os contextos histórico e conjuntural favorecem ou dificultam a implementação de uma prática intersectorial em torno das políticas sociais?	- trajetória histórica de implementação de políticas sociais.  - modelagem organizacional na área de proteção social.  - dinâmica sócio-política do município em torno da agenda social.  - prioridade da intersectorialidade para o governo municipal: posicionamento do problema nas agendas governamental.
---------------------------	----------------------------------	--	---

Para fins de operacionalização empírica das variáveis sugeridas na matriz analítica (Quadro 1), um conjunto diversificado de técnicas e instrumentos analíticos pode ser empregado, dependendo do desenho do estudo. As categorias e variáveis poderão ser traduzidas, por exemplo, em roteiros de entrevistas e questionários a serem aplicados a gestores de diferentes setores do governo, presidentes de conselhos de políticas, fóruns e, ainda, profissionais associados a uma intervenção pública que tenha a intersectorialidade como diretriz estratégica de gestão.

Ainda, para fins analíticos, é importante considerar tanto fontes primárias quanto secundárias de informação a fim de favorecer uma estratégia de triangulação buscando articular as diversas perspectivas e garantir melhor apropriação da complexidade do fenômeno nos contextos estudados (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005), o que significa apreender, no caso da intersectorialidade, suas especificidades.

### **Considerações finais**

A proposta metodológica apresentada busca, em contexto de incipiente produção teórica, contribuir com alguns elementos que permitam analisar empiricamente questões relativas às políticas ou práticas intersectoriais em diferentes contextos. Diante da insuficiência da produção acadêmica sobre o tema, esta proposta pretende contribuir na construção de um referencial teórico-metodológico

para o estudo da intersetorialidade. Enquanto um modelo, ao ser aplicado em estudos específicos, certamente deverá passar por ajustes e revisão, acréscimos ou cortes. De qualquer forma, a perspectiva é que esta metodologia permita coletar evidências para se produzir conhecimento sobre as relações que favorecem ou dificultam a efetividade da ação pública no campo das políticas de proteção social.

A efetivação de uma diretriz tão arrojada de formulação e implementação de política ou programa público, como a intersetorialidade é complexa, processual e dependente de um conjunto dinâmicos de fatores. Esta proposta pretende contribuir para melhor compreender e analisar a viabilidade e as tendências de implementação das práticas intersetoriais.

## Referências

ALMEIDA-FILHO, N. Intersectorialidade, transdisciplinaridade e saúde coletiva: atualizando um debate em aberto. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 9-32. nov.-dez. 2000.

ANDRADE, L. O. M. **A saúde e o dilema da intersectorialidade**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)-Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2004, 330f.

AXELROD, R. **The Evolution of Cooperation**. New York: Basic Books, 1984.

BRONZO, C. Intersectorialidade, autonomia e território em programas municipais de enfrentamento da pobreza: experiências de Belo Horizonte e São Paulo. **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, n. 35, p. 119-59, jul.-dez. 2010.

BURLANDY, L. A construção da política de segurança alimentar e nutricional no Brasil: estratégias e desafios para a promoção da



intersectorialidade no âmbito federal de governo. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 14, n. 3, p. 851-860, mai.-jun. 2009.

CLINE, K.D. Definindo o problema de implementação: gestão Organizacional versus cooperação. **Journal of Public Administration Research and Theory**, Oxford, v. 10, n. 3, p. 551-571, 2010.

EVANS, P. Government action, social capital, and development: reviewing the evidence of synergy. In: EVANS, P. (Ed.). **State-Society Synergy: government and social capital in development**. Berkeley: University of California at Berkeley, 2006, p. 178-210. 178-210 (Research Series, n. 94).

FERNANDEZ, J. C. A.; MENDES, R. Gestão local e políticas públicas para a qualidade de vida. In: FERNANDEZ, J. C. A.; MENDES, R. (Orgs). **Promoção da Saúde e Gestão Local**. São Paulo: Aderaldo & Rotthschild: Cepedoc, 2007.

GAGNON, F.; KOURI, D. Integrated Governance and Healthy Public Policy: two Canadian Examples. **National Collaborating Centre for Healthy Public Policy**. 2008, 43p. Disponível em: <[http://www.ncchpp.ca/docs/Integrated\\_governance\\_AN.pdf](http://www.ncchpp.ca/docs/Integrated_governance_AN.pdf)>. Acesso em: 20 dez. 2011.

GRAU, N.C. La intersectorialidad en el gobierno y gestión de la política social. In: Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, 10., 2005, Santiago, p. 18-21. 2005. **BDP**. Disponível em: <<http://www.bdp.org.ar/facultad/posgrado/maestrias/gp/documentos/Cunill.pdf>>. Acesso em 5 jan. 2012..

INOJOSA, R. M. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersectorialidade. **Cadernos FUNDAP**, São Paulo, n. 22, p. 102-110, 2001.

INOJOSA, R. M. Intersetorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 35-48, mar.-abr. 1997.

JUNQUEIRA, L. A. P. Descentralização e intersetorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 11-22, mar./abr. 1997.

JUNQUEIRA, L. A. P. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.13, n.1, p.25-36. jan.-abr. 2004.

JUNQUEIRA, L. A. P. Novas formas de gestão na saúde: Descentralização e intersetorialidade. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 31-46, 2005.

JUNQUEIRA L. A. P.; INOJOSA, R. M. **Descentralização e intersetorialidade: na gestão pública municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza**. Caracas: Clad: UNESCO, 1998 (Série Concurso de Ensayos CLAD).

KALEGAONKAR, A.; BROWN, L. D. Intersectoral Cooperation: Lessons For Practice. **IDR Reports**, Boston, v. 16, n. 2, 2000.

KLIKSBERG. B. **Repensando o estado para o desenvolvimento social: superando dogmas e convencionalismos**. Tradutor Joaquim Ozório Pires da Silva. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002 (Coleção Questões da nossa época, v. 64).

MAGALHÃES, R; BODSTEIN, R. Avaliação de iniciativas e programas intersetoriais em saúde: desafios e aprendizados. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 861-868, mai.-jun. 2009.

MENDES, R.; AKERMAN, M. Intersetorialidade: Reflexões e Práticas. In: FERNANDEZ, J. C. A.; MENDES, R. (Orgs).

**Promoção da Saúde e Gestão Local.** São Paulo: Aderaldo & Rotthschild: Cepedoc, 2007.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G; SOUZA, E. R. (Orgs). **Avaliação por triangulação de métodos:** abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MORENO, O.M.C. ¿Transversalidad y coordinación de las políticas de estado en el federalismo? Concurso del CLAD sobre Reforma del Estado y Modernización de la Administración Pública “¿Cómo enfrentar los desafíos de la transversalidad y de la intersectorialidad en la gestión pública?”, n. 20. **Clad.**, Caracas, 2007.

OSTROM, E. Crossing the great divide: coproduction, synergy, and development. **World Development**, v. 24, n. 6, p. 1073-1087, 1996.

PAUN, A. The Collaborative Challenge: A study of barriers to horizontal working in the UK civil service. In: IRSPM Conference Berne, n. 14, **IRSPM**, Suíça, 2010, p. 7-9.

PENG, T. C. P. Strategies to Build Up Holistic Governance. Network of Asia-Pacific Schools and Institutes of Public Administration and Governance (NAPSIPAG). Annual Conference. Beijing, 2005. Disponível em: <<http://www.napsipag.org/pdf/ThomasPeng.pdf>>. Acesso em 15 jan. 2012.

ST-PIERRE, L.; GAUVIN, F. P. Intersectoral governance for Health in All Policies: an integrated framework. **Public Health Bulletin**, Adelaide, v. 7, n. 2, p. 31-36, jul. 2010.

UMAYAHARA, M. **Coordinación Intersectorial de Políticas y Programas de la Primera Infancia:** Experiencias en América Latina. Chile: Editorial Trineo S.A, 2004. Disponível em <<http://>

[portal.unesco.org/geography/es/ev.phpURL\\_ID=8273&URL\\_DO=DO\\_TOPIC&URL\\_SECTION=201.html](http://portal.unesco.org/geography/es/ev.phpURL_ID=8273&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html)>. Acesso em: 08 jan. 2012.

WIMMER, G. F; FIGUEIREDO, G. O. Ação coletiva para qualidade de vida: autonomia, transdisciplinaridade e intersectorialidade. **Ciênc. Saúde Colet.** Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 145-154, jan.-mar. 2006.

PARTE II

**Estudos Empíricos e sua  
Contribuição para o  
Desenvolvimento da Saúde Coletiva**



# A SATISFAÇÃO COM OS SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA DO PONTO DE VISTA DAS PESSOAS COM DOENÇA FALCIFORME

*Rejane Pítton Lemos Santos*

*Rosa Cândida Cordeiro*

*Ana Paula Santos de Jesus*

Dentre as doenças genéticas que acometem parte da população mundial, está a doença falciforme (DF), clinicamente apresentada como uma hemoglobinopatia com reflexos em diversos órgãos e sistemas do corpo, configurando um quadro de significativa morbidade, podendo implicar em internações sucessivas e risco de morte, o que representa grande mobilização e aflição à pessoa com a doença e sua família.

Nesse sentido, tomamos como ponto de partida que a doença falciforme é uma importante questão social e de saúde pública no nosso país. Afinal, os estudos realizados sobre a mortalidade dessa população revelam que, sem assistência adequada à saúde, 25% dessas pessoas morrem antes de completar cinco anos de idade. E os estudos sobre a expectativa de vida também trazem dados que levaram o governo brasileiro a reconhecer a doença como importante para saúde pública (RAMALHO et al., 2003; LOUREIRO; ROZENFELD, 2005).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece a doença falciforme como prioritária, uma vez que existem iniquidades de acesso aos serviços de saúde para essas pessoas em diversas partes do mundo. No Brasil, a doença é predominante entre negros, pardos e afrodescendentes em geral. Nascem no Brasil cerca de 3.500 crianças/ano com doença falciforme, ou uma a cada mil crianças. O estado da Bahia apresenta a maior incidência da doença,

sendo um caso para cada 650 nascidos vivos e uma pessoa com traço falciforme<sup>1</sup> para cada 17 nascimentos (AMORIM; PIMENTEL; FONTES, 2010).

Nos Estados Unidos da América (EUA), a doença falciforme acomete principalmente afro americanos e hispânicos. Estima-se que 50.000 americanos têm a doença e aproximadamente 2,5 milhões de pessoas têm o traço falciforme. Na Califórnia, estado mais populoso dos EUA, a doença falciforme afeta um em cada 6.600 nascimentos. Nesse estado, após a triagem neonatal, a introdução da Penicilina profilática e a hidroxiuréia converteu a doença de uma situação fatal na infância, para uma doença crônica, porém a crescente população adulta, assim como no Brasil, enfrenta consideráveis desafios médicos e psicossociais para o cuidado de saúde (JULIE et al., 2012).

Na África Equatorial, 40% da população são portadoras do gene da hemoglobina S e 2 a 3% da população tem a doença. No Senegal, estima-se 1.700 nascimentos por ano, ou seja, 0,5% da população tem doença falciforme (DI NUZZO; FONSECA, 2004).

Dados da Organização Pan Americana de Saúde referem o aumento da expectativa de vida das pessoas com doença falciforme (de 10 para 50 anos), tornado possível nas últimas décadas, após importantes intervenções preventivas e terapêuticas, o que transforma a enfermidade em uma doença crônica (OPAS, 2011).

Embora a doença falciforme apresente alta prevalência em nosso país, o impacto da orientação genética e do cuidado seja comprovadamente um marco na sobrevivência, e na expectativa de vida dessas pessoas, na enfermagem brasileira não há total correspondência com a produção sobre as pessoas com doença falciforme, levando ao desenvolvimento de uma prática assistencial muitas vezes sem sustentação teórica.

---

1 O indivíduo heterozigótico para o gene  $\beta$ s é considerado portador sadio e denominado traço falciforme.



Nesse sentido, existem desafios no cuidado a essas pessoas adultas, como encurtar a duração e frequência das complicações agudas, reduzir as complicações crônicas, melhorar a sobrevivência e qualidade de vida. São pessoas que estão nos serviços de saúde e necessitam de cuidados de saúde, que possam atender as especificidades apresentadas pela doença, os aspectos sociais e psíquicos.

Segundo Azevedo et al. (2010), os serviços de urgência/emergência têm o objetivo de diminuir a morbimortalidade e as sequelas incapacitantes, para tanto é preciso garantir os elementos necessários para um sistema de atenção de emergência considerando recursos humanos, infraestrutura, equipamentos e materiais, de modo a assegurar uma assistência integral, com qualidade adequada e contínua.

A área de urgência e emergência constitui-se em um importante componente da assistência à saúde. A crescente demanda por serviços nesta área nos últimos anos, devido ao crescimento do número de acidentes e da violência urbana e à insuficiente estruturação da rede, são fatores que têm contribuído decisivamente para a sobrecarga de serviços de Urgência e Emergência (UE) disponibilizados para o atendimento da população. Isso tem transformado esta área numa das mais problemáticas do Sistema de Saúde (BRASIL, 2003).

Diante disso, a Portaria 2.048 de 2002 do Ministério da Saúde, propõe a implantação nas unidades de atendimento de urgências o acolhimento e a “triagem classificatória de risco”. De acordo com esta Portaria, este processo “deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos tendo por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas das pessoas, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento” (SERVIN et al., 2005).

O Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) se mostra como um instrumento reorganizador dos processos de trabalho, na tentativa de melhorar e consolidar o Sistema Único

de Saúde. Deve ser um instrumento para melhor organizar o fluxo das pessoas que procuram as portas de entrada de urgência/emergência, gerando um atendimento resolutivo e humanizado (SERVIN et al., 2005). O atendimento às pessoas com anemia falciforme nas unidades de emergência deve ser avaliado, pois assim pode-se identificar a satisfação desses usuários com relação à assistência e contribuir para a melhoria do funcionamento da unidade.

Segundo Gouveia (2009), pesquisar a respeito da satisfação é uma tarefa fundamental para a gestão dos serviços, uma vez que seu entendimento pode proporcionar uma avaliação de desempenho sob a perspectiva do usuário, indicando decisões tanto estratégicas quanto operacionais e que venham a influenciar no nível de qualidade dos serviços prestados pelo sistema de saúde.

Para Vaitsman e Andrade (2005) *apud* Gouveia (2009), estas avaliações expressariam uma resposta efetiva baseada na crença de que o cuidado possui certos atributos que podem ser avaliados pelas pessoas nos serviços de saúde.

Reconhecendo que há uma escassez de trabalhos publicados sobre a satisfação de pessoas com doença falciforme, com relação ao atendimento nas unidades de emergência e que, a avaliação da satisfação dos usuários pode produzir informação tanto para a melhoria das intervenções em saúde, como para o julgamento acerca de sua cobertura, acesso, equidade, qualidade técnica, efetividade e eficiência e que, é crescente a importância e legitimidade da perspectiva avaliativa dos usuários sobre a qualidade da atenção, justificando a realização deste estudo.

Diante do exposto, este trabalho toma como objeto a satisfação das pessoas com doença falciforme e sua relação com o atendimento de emergência. Considerando a relevância do tema, o presente trabalho tem por objetivo analisar a satisfação das pessoas com doença falciforme, com relação ao serviço de emergência e identificar quais os fatores que podem interferir na satisfação dessas pessoas com o atendimento.

Espera-se que o presente estudo seja capaz de contribuir para melhoria do cuidado às mulheres e homens com doença falciforme e também com a reflexão, por parte dos profissionais de saúde, que estão diariamente em contato com pessoas adultas que vivem em condições crônicas. O estudo preenche parte da lacuna de conhecimento da temática, contribuindo, conseqüentemente, para fomentar novas pesquisas na área.

A pesquisa foi realizada com seis pessoas adultas que vivem com doença falciforme no município de Santo Antônio de Jesus, na região do Recôncavo da Bahia atendendo às exigências éticas da Resolução N° 466/12.

O instrumento eleito para a coleta foi a entrevista semiestruturada e guiada por um roteiro previamente elaborado com perguntas abertas. As entrevistas foram transcritas na íntegra pela pesquisadora. Em seguida foram identificadas (E1, E2...) e agrupadas de acordo com as expressões chaves, onde foi possível retirar as ideias centrais (IC) e posteriormente construir os discursos, segundo a proposta de Análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) (LEFEVRE, LEFEVRE; 2006). Foram construídas sete ideias centrais, as quais foram agrupadas de acordo com as categorias e serão apresentadas a seguir:

### **Principal causa que leva as pessoas com doença falciforme a procurar o atendimento de emergência**

As pessoas com doença falciforme buscam frequentemente o atendimento em unidades de emergência visando a resolutividade do seu problema de saúde, ou amenizar os sintomas que são recorrentes e os levam a procura desse serviço.

Segundo Soares et al. (2014), a crise algica é o sintoma mais frequente da DF e ocorre pela lentidão do fluxo de sangue e hipóxia, que é influenciada pela quantidade de hemoglobina fetal presente nas células. Esses episódios de dor instalam-se de forma

aguda, podendo durar horas ou dias, e atingem frequentemente ossos e articulações, abdome, costas e tórax.

O discurso do sujeito coletivo reafirma a crise álgica como principal causa de busca pelos serviços de urgência/emergência:

**IC<sub>1</sub>** - As crises álgicas levando ao atendimento de emergência.

DSC: As principais causas que me leva ao atendimento na emergência são as crises, que incluem várias dores intensas no corpo todo, dor de cabeça, no joelho, nas juntas, dor nos braços, nas pernas, fortes dores abdominais e na coluna, além de problemas renais e fraqueza.

O presente discurso, aponta as crises álgicas como a principal causa que leva as pessoas com doença falciforme, a procurarem um atendimento de emergência, variando apenas as regiões acometidas pela dor. Caldas et al. (2010) corrobora com achados da pesquisa, demonstrando que uma maior densidade de incidência de crises álgicas foi encontrada em pessoas com doença SS (anemia falciforme), (0,72 crises/paciente ano) em relação as pessoas com doença falciforme SC (0,30 crises/paciente/ano), e acrescenta que em outras pesquisas as crises álgicas também se mostraram como a maior causa de morbidade, afetando 42,5% da população estudada.

Em outro estudo, Acosta e Lima (2013) observaram que dentre as principais características clínicas que levam as pessoas ao atendimento na emergência, a dor é uma das mais prevalentes, representando 27% da procura dos usuários no atendimento de emergência.

Os estudos citados corroboram com a pesquisa, pois os episódios de dor podem atingir as diversas partes do corpo, com duração relativa e podendo ser desencadeada por fatores, físicos, ambientais e/ou psicológicos. Segundo By John et al. (2006), os episódios de dor aguda muitas vezes se repetem nas mesmas áreas do corpo e são geralmente causados por pequenas áreas de vasoclusão.

As características da dor aguda, ou da crise vaso-oclusiva, são de início súbito, sem explicação, intensidade variável com duração de horas ou dias, caráter persistente ou recorrente e migração de um local para outro do corpo (SANTOS, 2011).

A vasoclusão é o mecanismo patológico fundamental na doença falciforme e sua repercussão clínica é ampla, de gravidade variável, e inclui complicações agudas, como crises álgicas, sequestro esplênico, síndrome torácica aguda e acidente vascular cerebral (CALDAS et al., 2010). Analgesia adequada é fundamental para o tratamento de episódios de dor aguda. A quantidade de analgesia necessária deve ser baseada na avaliação subjetiva e da angústia (BY JOHN et al., 2006).

Desta forma, fica evidente que a principal causa que leva as pessoas com doença falciforme às unidades de emergência são as crises álgicas que surgem inesperadamente e se não tratadas podem trazer complicações fatais. Além disso, os profissionais da emergência devem estar abertos a compreender o fenômeno doloroso dessas pessoas, para além dos aspectos físicos.

## **Percepção dos usuários sobre o acolhimento na unidade de emergência**

O atendimento de urgência e emergência deve ocorrer de forma humanizada, com acolhimento e classificação de risco, onde a pessoa possa ter um momento inicial com a equipe de saúde que lhe tranquilize, tendo agilidade e resolutividade no atendimento. Por isso é importante que as pessoas reconheçam o significado do acolhimento e busquem os seus direitos.

Vejam abaixo como o discurso apresenta os significados que essas pessoas dão ao acolhimento na unidade de emergência:

**IC<sub>2</sub>** - Significados do acolhimento

DSC: Acolhimento eu acredito que seja você receber um atendimento em que você se sinta mais aliviado onde até essa questão do nervoso da tensão seja diminuída, seja amenizada. Então no momento que a gente recebe um atendimento que lhe tranquiliza acredito que isso aí seja um acolhimento. Acho que é a pessoa ta doente chegar ali e ter uma pessoa que trate bem, lhe acolha. O acolhimento depende da equipe de plantão. Teve equipe que tratou a gente muito bem, também tratou com uma questão mais de humanidade. Mas tem outras que não tem, acredito que dentro da saúde a gente precisa de um trabalho mais humanitário serviço humanizado. Como ponto positivo tem a hora do acolhimento mesmo lá dentro, na consulta e as equipes de enfermagem, que são raras infelizmente, que atendem agente com um serviço humanizado, que entende que você ta sentindo.

Diante do discurso, percebe-se que para as pessoas o acolhimento é o momento em que ocorre um atendimento que trate a pessoa bem, lhe dê atenção, escutando suas queixas e tendo com isso a diminuição da tensão, fazendo com que se sintam melhor.

Acolher é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir. O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão. É exatamente esse o sentido do acolhimento na saúde, o qual é uma das diretrizes de maior relevância ética/estética/política da Política Nacional de Humanização do SUS (BRASIL, 2010).

Para Zanelatto e Pai (2010) o acolhimento é construído para garantir o acesso aos serviços de saúde por meio de uma abordagem integral ao usuário, aperfeiçoamento do trabalho em equipe e a responsabilidade dos profissionais em relação aos usuários, sendo que a humanização do atendimento vem ao encontro dessas necessidades, com vista à qualificação dos processos relacionados

à promoção da saúde. Diferencia-se da triagem, por se constituir numa ação de inclusão que não se esgota na etapa da recepção, mas que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde (OLIVEIRA, 2012).

### **A satisfação com relação ao atendimento de emergência**

A avaliação da satisfação das pessoas com relação ao serviço de emergência é primordial para o reconhecimento de problemas e resolução destes, contribuindo para o melhoramento do funcionamento e atendimento da unidade. Para que ocorra essa avaliação é necessário reconhecer os fatores que interferem positivamente ou negativamente para a satisfação, com base nas experiências vividas na unidade.

Um fator valorizado no discurso como importante para a satisfação do atendimento é o tempo de espera.

**IC<sub>3</sub>**- Esperando por muito tempo.

DSC: O acolhimento foi péssimo, na triagem você leva um tempo esperando alguém pra chegar, geralmente não tem ninguém na sala de triagem, aí leva mais um tempo pra chegar. E esse tempo deixa agente mais tenso, as dores aumentam e aí fica mais difícil.

Diante do discurso, percebe-se que o fator tempo no atendimento é primordial para a avaliação do grau de satisfação das pessoas com relação ao acolhimento, pois a duração deste, leva a um aumento da tensão e piora do quadro clínico.

A triagem, momento onde acontece, ou deveria acontecer, o acolhimento com a classificação de risco é visto como um impasse para o atendimento, onde as pessoas chegam e muitas vezes não encontram ninguém na sala, tendo que aguardar a chegada deste para ser avaliado e classificado.

Segundo Albino et al. (2007), o processo de triagem foi introduzido nos Serviços de Emergência (SE) para tentar minimizar o problema da superlotação, permitindo cuidados imediatos para os casos mais urgentes. Triagem (do francês *trier* = classificar), significa um processo sistemático para determinar quem vai ser visto e tratado primeiro, com o objetivo de reduzir a morbidade e a mortalidade no serviço de emergência.

Os sistemas de triagem, têm o objetivo de organizar a demanda das pessoas que chegam à procura de atendimentos, em serviços de urgências da atenção hospitalar e pré-hospitalar, identificando os que necessitam de atendimento imediato e reconhecendo aqueles que podem aguardar em segurança o atendimento, antes que haja a avaliação diagnóstica e terapêutica completa (ACOSTA et al., 2012).

No Brasil, a triagem estruturada assume a designação de avaliação e classificação de risco, que associada ao acolhimento tem por finalidade identificar os que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, a partir de um atendimento usuário-centrado, evitando dessa forma práticas de exclusão. O acolhimento, como diretriz operacional da Política Nacional de Humanização (PNH), do Ministério da Saúde, associado à classificação de risco, tem por finalidade garantir a humanização da assistência nos serviços de saúde, ampliar o acesso e oferecer atendimento acolhedor e resolutivo (ACOSTA et al., 2012).

A classificação de risco é tarefa exclusiva da(o) enfermeira(o) e deve ser feita por profissionais capacitados e com habilidades para reconhecer sinais e sintomas de gravidade (OLIVEIRA et al., 2011). Albino et al. (2007) comenta que o processo de recepção acolhimento e classificação, sinônimo de triagem, deve ser dinâmico, contínuo e deve incluir atividades que tranquilizam o usuário e seus familiares, trazendo-lhes apoio emocional e segurança. As informações claras sobre tempo de espera, zona de destino e a orientação do fluxo, onde o mais grave é priorizado em relação ao menos grave, gerando confiança no sistema.



No entanto, isso não foi observado na realidade estudada, visto que as pessoas tem seu quadro clínico piorado, pela demora e irritabilidade da espera para ser atendido na triagem. Para Alves (2011), o tempo de espera prolongado, a falta de contato com a equipe de saúde e a distância física entre o usuário e os recursos para atendimento de emergência, são fatores que aumentam o risco de vida das pessoas que buscam os serviços de saúde, propiciando o agravamento de situações de urgência e impossibilitando a detecção precoce das prioridades e casos de emergência técnica.

O estudo mostrou que é fundamental que as enfermeiras(os) que atuam na avaliação e classificação do risco tomem decisões precisas, pois trata-se de identificar e diferenciar aquelas pessoas que não podem esperar por atendimento médico, daquelas que podem, portanto, influenciando a dinâmica do serviço de urgência (ACOSTA et al., 2012).

Desta forma, acolhimento com avaliação e classificação de risco implica na determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a ótica de protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidades do usuário, visando atenção centrada no nível de complexidade. A classificação de risco é considerada um dispositivo de humanização do atendimento, na medida em que o atendimento deve ser priorizado de acordo com a gravidade clínica e não de acordo com a ordem de chegada ao serviço (ALVES, 2011).

Os usuários que vivem com doença falciforme necessitam de um atendimento com classificação de risco, onde estas pessoas sejam avaliadas, ouvidas e compreendidas e os profissionais saibam conduzir da melhor forma a situação respeitando e compreendendo as suas especificidades. A esse respeito, o discurso expressa a invisibilidade dessas pessoas nos serviços:

**IC<sub>4</sub>**- Fazendo de conta que a pessoa não é nada.

DSC: Acho o atendimento na triagem um pouco constrangedor, por que às vezes a pessoa está passando mal e a recepcionista por exemplo faz de

conta que a pessoa não é um nada eu só me sinto mais atendida, mais acolhida quando eu vou conversar com o médico. Deveria ter uma área especializada para pessoas com o mesmo problema que eu e tinha que haver mais profissionais nessa área.

O discurso demonstra que o atendimento de enfermagem na triagem e também na recepção é considerado péssimo e constrangedor, pois não leva em consideração as especificidades de cada um, destratando a pessoa que necessita de atendimento sem compreender o problema. Além disso, faz a pessoa se sentir um nada, como se não necessitasse de atendimento, não leva em consideração as queixas e muitas vezes não sabem agir quando informadas sobre a doença.

Nesse sentido, os usuários precisam de profissionais de saúde especializados na área para que possam ter um atendimento diferenciado e eficiente de acordo com a sua especificidade. Segundo Soares et al. (2014), as UE são consideradas porta de entrada ao serviço hospitalar, para pessoas com necessidade de realização de um atendimento imediato, de acordo com a intensidade de sintomas e risco de morte. Esse setor possui características próprias que influenciam na organização do trabalho e da gerência do cuidado. A equipe de saúde deste setor necessita estar apta a tratar os quadros clínicos da Doença Falciforme por serem responsáveis por prestar os primeiros cuidados.

Fica evidente a necessidade da capacitação dos profissionais de saúde e demais funcionários que trabalhem na unidade com relação aos cuidados com pessoas que vivem com doença falciforme, pois são eles que vão agir prestando os cuidados necessários diante das crises em unidades de emergência e que devem ter a sensibilidade de ouvir e prestar os cuidados necessários para a redução dos sintomas, estando atento para as possíveis complicações.

Em decorrência dos agravantes da doença, é necessário que a equipe multiprofissional mantenha vigilância, atentando aos sinais de: palidez, febre, mudanças de comportamento, dores, dispneia,

taquipneia, fraqueza, aumento do baço, cansaço e demais agravos, sendo preciso realizar o exame físico criterioso e minucioso para que possam ser identificadas na avaliação, alterações sistêmicas, entre outros (SOARES et al., 2014).

Os discursos dos participantes da pesquisa revelam que eles não recebem atenção dos profissionais de enfermagem e da recepção, o que faz com que se sintam pessoas invisíveis, como se não necessitassem de atendimento. Apenas no atendimento médico se sentem acolhidos e atendidos.

Segundo Rodrigues et al. (2010b), estas pessoas devem ser acompanhadas ao longo da vida em um centro de tratamento e que ofereça uma abordagem abrangente por meio de uma equipe multiprofissional especializada, com avaliações clínicas periódicas e internações hospitalares em situações de risco.

Como considerações para o cuidado às pessoas com DF, é importante que a equipe multiprofissional tenha uma adequada observação e avaliação dos quadros clínicos, possibilitando preparar essas pessoas para lidarem com o problema durante o percurso da vida, reconhecendo sinais de complicação da doença, observando os efeitos colaterais e duração da ação dos medicamentos, e auxiliando na identificação de problemas psicossociais. Essas pessoas necessitam ser acompanhadas em unidades básicas de saúde e nos centros de referência especializados capazes de oferecer atendimento global, multidisciplinar e multiprofissional. Diante de tal realidade, fica claro que é preciso garantir à pessoa com DF amplo acesso à saúde (SOARES et al., 2014)

Além disso, as queixas não são valorizadas, não são ouvidas, compreendidas pelos profissionais, levando a piora do quadro clínico e a desvalorização do mesmo, como apresentado no discurso:

**IC<sub>5</sub>** - Não valorização da queixa.

DSC: Como ponto negativo foi a enfermeira que estava no momento lá na observação a noite, eu sentindo fortes dores mandava chamar o médico

e ela dizia que o médico já tinha prescrito o medicamento e que não podia fazer mais nada. Só que o medicamento que eu tava tomando não estava servindo pra mim, tinha que tomar outro tipo de medicamento para aliviar minhas dores, eu já sabia mais ou menos os medicamentos que eu tinha que tomar, só que chamava, ficava gritando a noite toda sentindo dor, mandei chamar várias vezes. A acompanhante que estava com outros pacientes chamou e tudo e ela disse que eu estava sendo muito abusado, estava incomodando os outros e não queria me atender, por isso eu fiquei muito revoltado.

Diante desse discurso, observa-se que a não valorização da queixa é algo importante que leva ao aumento da tensão, da dor, sono alterado, piora do quadro clínico, além de mobilizar os acompanhantes e deixar marcas na história de vida, lembranças de um atendimento, podendo influenciar na satisfação com relação ao atendimento na unidade. Segundo Acosta (2013), usuários frequentes buscam resolutividade da dor crônica em serviços de urgência, mas são pouco compreendidos pelos profissionais que os atendem.

Apesar dos profissionais focarem sua atenção na dor, esse sintoma na emergência é subavaliado e subtratado. Em sua grande maioria, essas pessoas vivenciam dores que não aliviam conforme conduta analgésica proposta (SOARES et al., 2014). Todos devem ser reavaliados pela equipe de enfermagem após a triagem e após atendimento médico, com intuito de monitorar o quadro clínico, observando a necessidade de uma nova abordagem ou manutenção do que está em uso.

Para Soares et al. (2014), avaliar a dor é responsabilidade majoritária da equipe médica e de enfermagem e, assim, exige pensamento crítico e efetivo. Nas intervenções de alívio da dor requer avaliar após um período de tempo e, o exame físico deve ser um meio facilitador para investigação clínica. Portanto, uma adequada avaliação da equipe viabiliza condutas, a fim de, minimizar possíveis danos à saúde.

Além disso, é necessário que se estabeleça uma relação de confiança entre usuário, família e equipe, o que torna o trabalho mais fácil e específico, pois as experiências destes com relação as crises álgicas, contribuem para uma conduta eficaz, levando a melhora do quadro clínico e mantendo uma boa relação entre equipe de saúde e família.

Soares et al. (2014) afirma que, ao referir dor, como condição de doença crônica na DF, cuja pessoa e a família têm uma história e experiências prévias em relação a essa dor, observou o quanto é difícil para o profissional de saúde avaliar a dor, longe do contexto social, cultural, histórico, psicológico e emocional no qual a pessoa está inserida. Além da não valorização da queixa pelos profissionais, as pessoas com doença falciforme também revelam em seus discursos que a satisfação depende da equipe de plantão, do atendimento prestado por essa e pelas experiências vividas na unidade.

**IC<sub>6</sub>**- A satisfação com o atendimento depende da equipe de plantão.

DSC: A satisfação com o atendimento depende da equipe de plantão, agora tem muitas que deixam a desejar, que agente se sente até um pedinte, se sente humilhado, como se agente tivesse ali por brincadeira. É um desrespeito ao ser humano por parte de algumas equipes. Não tenho satisfação nenhuma com o atendimento. Não fui bem atendida, nem na recepção, é uma demora. Então eu não fiquei satisfeito com isso.

Percebe-se que a satisfação dos usuários com o atendimento, está interligada a equipe de atendimento e a forma como foram atendidos na unidade. Diante do discurso, é clara a insatisfação dos usuários, estes se sentem humilhados, uns pedintes, como se tivesse ali por brincadeira, ou seja, o descaso durante a permanência dessas pessoas nesse setor.

Ao chegar ao hospital as pessoas apresentam expectativas sobre o atendimento que irá receber, sendo assim a qualidade do

serviço oferecido está baseada na percepção que o usuário tem deste atendimento. Gera-se qualidade quando as expectativas da pessoa são atendidas, o que pode ocorrer de maneira total, parcial e até insuficiente originando os níveis de qualidade (INÁCIO et al., 2013).

Para Souza e Souza et al. (2013), a satisfação é como uma variável causal que faz com que as pessoas procurem o atendimento médico e um resultado baseado em experiências anteriores. Existem dois aspectos que devem ser considerados quando da avaliação da satisfação: o primeiro diz respeito à satisfação com o sistema de saúde em geral, o que motivará a procura de uma unidade (garantia de utilização); no segundo aspecto, mede-se a satisfação com o processo do atendimento ou só com o resultado (garantia de retorno), que leva à continuidade do tratamento podendo inclusive interferir na eficácia da terapêutica pela maior adesão da mesma.

Chegando a uma unidade hospitalar, é feita logo uma primeira avaliação de acordo com os cuidados recebidos pelos profissionais de saúde, mesmo que seja este um momento difícil. A depender dos diversos momentos que foi atendido pode declarar-se satisfeito ou insatisfeito com o serviço, sendo que a dispensação dos cuidados técnicos é fundamental para isso (INÁCIO et al., 2013).

Desta forma, o nível de satisfação com relação ao atendimento depende da percepção e a avaliação que o usuário tem sobre determinadas dimensões dos serviços de saúde, sendo que o principal vínculo entre o usuário e o estabelecimento de saúde, ocorre através do serviço de enfermagem, por se constituir no maior grupo de profissionais da saúde e que mantém um contato ininterrupto com o usuário, promovendo a manutenção, a recuperação e a reabilitação da saúde, por meio do cuidado. Isso pode influenciar no julgamento dos usuários no que tange à imagem do hospital (INÁCIO et al., 2013).

Os autores demonstram que a equipe de enfermagem, tem um importante papel no julgamento do nível de satisfação dos usuários, com relação ao atendimento na unidade hospitalar, pois

esta permanece durante todo o processo de reabilitação do usuário, durante a permanência no hospital, tendo um contado direto e contínuo. Cabendo a estes um atendimento humanizado, pois são as vivências nos atendimentos que levará o usuário a definir sua satisfação com relação ao serviço.

Fatores como características de personalidade, incluindo aspectos do comportamento como empatia, comunicação e proficiência no cuidado, que requer conhecimento, domínio técnico e habilidade organizacional, tem demonstrado influência na satisfação com o cuidado de enfermagem.

O cuidado de enfermagem deve ser humanizado, observando as especificidades de cada usuário, escutando suas queixas e buscando resolutividade. A enfermeira(o) deve realizar o acolhimento de forma que haja uma interação entre profissional e usuário, pois a pessoa que chega numa unidade de emergência, busca ser acolhido e bem atendido, precisa de um profissional que lhe traga tranquilidade e informações sobre o seu estado de saúde. A humanização do atendimento é uma necessidade gritante nos serviços de saúde. A falta de comprometimento, respeito e atenção por falta do profissional são umas das principais causas de insatisfação do usuário (MOIMAZ et al., 2010).

Inácio et al. (2013) demonstram em sua pesquisa, o nível de satisfação dos serviços prestados pela enfermagem, foi avaliado regular, indicando considerável grau de insatisfação. A “cordialidade” foi um critério avaliado com expressiva negatividade obtendo médias abaixo do regular. A recepção foi o setor que registrou a maior insatisfação, isto pode estar refletindo na falta de conforto que as pessoas entrevistadas relataram sentir neste local.

A pesquisa citada corrobora com os discursos descritos neste trabalho, onde o grau de insatisfação dos usuários com o atendimento de emergência é alto, sendo relacionado ao atendimento de enfermagem e a falta de cordialidade, deixando os usuários se sentirem desprezados e humilhados durante a permanência na unidade.

Apesar da maioria dos participantes estarem insatisfeitos com o atendimento, o estudo revelou também que o fato de sair bem do hospital, ter um atendimento que resolva a queixa atual leva a satisfação de algumas pessoas com o atendimento, como apresentado no discurso:

**IC<sub>7</sub>** - Estando satisfeito por sair bem do atendimento.

DSC: Me sinto satisfeita, sou satisfeita com o atendimento, por que sai de lá bem. Um atendimento excelente, foi ótimo o atendimento que recebi, mais um pouco demorado.

No discurso citado, observa-se que a satisfação dos usuários esta intimamente relacionada com a forma como acontece o atendimento, se foi bem atendido, se teve resolutividade, ou seja, se obteve melhora do quadro clínico.

A satisfação do usuário quanto ao atendimento está relacionada às características facilitadoras do processo. A abordagem do indivíduo como sujeito participante de todo processo de recuperação, responsabilidade, resolução e integração ao sistema é muito importante para o resgate da saúde. Para os usuários a falta de resolutividade de seu problema é caracterizada como mau atendimento, porém uma boa recepção e tratamento cortês satisfazem o usuário mesmo que o seu problema não tenha sido resolvido (LOPES, 2011).

Para Lopes et al. (2009), a satisfação com o atendimento de saúde associada à resolução do problema, motivam a procurar o serviço, avaliando e comparando o que deseja, com aquilo que experimenta, reflete o que ele espera e o que acha aceitável.

Levandoviski (2013) demonstra que num estudo desenvolvido na Espanha, para medir a satisfação geral de usuários com os cuidados de enfermagem, durante a permanência nos serviços de urgência, observou que a satisfação aumentava conforme o grau de percepção de resolução. Os indivíduos com maior satisfação, eram os que haviam respondido que seus problemas haviam sido totalmente resolvidos.



No mesmo estudo dentre os fatores que influenciam a satisfação das pessoas com o cuidado de enfermagem, destacam-se aqueles que envolvem o relacionamento entre o enfermeira(o) e usuário, o apoio afetivo, as informações sobre a saúde, a participação nas decisões e a competência técnica pelo profissional que o assiste (LEVANDOVISKI, 2013).

Desta forma os estudos corroboram com os achados da pesquisa, onde a satisfação com relação ao atendimento de emergência está relacionada com a resolutividade do problema de saúde ou das informações obtidas. Mas o fator tempo interfere negativamente na satisfação, pois a demora no atendimento deixa o usuário tenso e piora o quadro clínico.

### **Considerações Finais**

O estudo possibilitou analisar a satisfação das pessoas com doença falciforme, com relação ao atendimento de emergência. Um dos principais resultados encontrados foi a insatisfação dos usuários com relação ao atendimento, tendo como fatores colaboradores para a insatisfação: o tempo de espera para ser atendido, os profissionais que fazem de conta que a pessoa não é nada, a não valorização da queixa e a equipe de plantão. Tais fatores evidenciam que há uma insatisfação das pessoas com relação a esse atendimento, pois o mesmo se mostra distante do que é esperado e preconizado com relação à humanização. Desta forma é notória a necessidade de se trabalhar a humanização nos serviços de emergência, dando enfoque no acolhimento dessas pessoas.

Já a satisfação com o atendimento foi relacionada ao fato de sair bem do hospital, ter seu problema de saúde resolvido naquele momento, ou até mesmo ter informações sobre o seu estado de saúde. Fator esse que também está associado à humanização do serviço, onde os profissionais escutam e informam o usuário fazendo o possível para diminuir os sintomas trazendo melhora do quadro clínico.

A partir desse estudo, constatou-se que a principal causa que leva as pessoas que vivem com doença falciforme a procurar o serviço de emergência, são as crises álgicas que prevalece em todos os participantes. O que dirige a necessidade de capacitação dos profissionais que atuam na unidade de emergência, com relação à doença e aos sinais de complicação, que se não observados e valorizados na triagem, podem trazer maiores danos à saúde do usuário.

Foi comprovado também que esses usuários reconhecem o significado do acolhimento e do que é um serviço humanizado, deixando claro que os parâmetros da Política Nacional de Humanização não vêm sendo valorizados, onde as pessoas não são escutadas, na maioria das vezes, e acabam tendo suas queixas não valorizadas. Apenas algumas equipes que trabalham com humanização realizam o acolhimento, sendo raras, segundo os colaboradores da pesquisa.

O estudo apresenta implicações para o serviço de emergência, revelando a necessidade de um atendimento em geral e principalmente de enfermagem com maior atenção ao usuário, um serviço humanizado e mais qualificado para atender as necessidades das pessoas que vivem com doença falciforme. Envolve ainda repensar o processo de formação dos profissionais de saúde, ainda centrado na técnica e na racionalidade com pouca valorização da criatividade e sensibilidade humana. Além disso, é importante realização de novos estudos sobre a satisfação dos usuários que vivem com doença falciforme em outras localidades, a fim de identificar se os resultados dessa pesquisa apresentam similaridade com outras realidades.

## **Referências**

ACOSTA, Aline Marques; LIMA, Maria Alice Dias da Silva.  
Características de usuários frequentes de serviços de urgência: revisão

integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, 2013. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br>>. Acesso em: 30 set. 2014.

ACOSTA, Aline Marques; DURO, Carmen Lucia Mottin; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Atividades do Enfermeiro nos sistemas de Triagem/Classificação de Risco nos Serviços de Urgência: Revisão Integrativa. **Rev. Gaúcha Enferm.**, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 22 set. 2014.

ALBINO, Rubia Maria; GROSSEMAN, Suely; RIGGENBACH, Viviane. Classificação de risco: Uma necessidade inadiável em um serviço de emergência de qualidade. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 36, n. 4, de 2007. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/>>. Acesso em: 10 set. 2014.

ALVES, Aline Cristiane. **Assistência de enfermagem em urgência e emergência prática assistencial de enfermagem ao acolhimento no pronto atendimento 24 hs fundamentada em Wanda de Aguiar Horta**. Trabalho de Conclusão de curso de Especialização em Assistência de Enfermagem em Urgência e Emergência Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma, Junho de 2011.

MORIM, Tatiana et al. Avaliação do programa de triagem neonatal da Bahia entre 2007 e 2009 as lições da doença falciforme. **Gazeta Médica da Bahia**, v. 80, p. 10-13, 2010.

ARANHA, Joélinton dos Santos; SILVA, Monyque Évelyn dos Santos; SILVA, Jorge Luiz Lima da. Acolhimento e humanização: perspectiva do atendimento na atenção básica. **Informe-se em Promoção da Saúde**, v.7, n. 2, p. 23-24, 2011. Disponível em: <<http://www.uff.br/promocaodasaude/acolhim.pdf>>. Acesso em: 8 ago. 2014.

AZEVEDO, Ana Lúcia de Castro Sajjoro et al. Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisas.

**Rev. Eletr. Enf.** [v. 12, n. 4, p. 736-45, 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br>>. Acesso em: 06 nov. 2013.

BRASIL. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. 5, reimp. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, 2010.

CALDAS, Paula et al. Eventos clínicos e fatores associados em uma coorte de crianças com doença falciforme. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Salvador. **Gazeta Médica da Bahia**. Salvador, BA, v. 80, n. 3, p. 14-19, ago.-out. 2010.

GOUVEIA, Giselle Campos et al. Avaliação da satisfação dos usuários com o sistema de saúde brasileiro. Recife. **Rev. Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.12, n.03, p. 281-296, set. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v12n3/01.pdf>>. Acesso em: 21 out. 2014.

HICK, JOHN L. et al. Emergency Management of Sickle Cell Disease Complications Review and Practice Guidelines. **Clinical and Health Affairs**. February, 2006.

INÁCIO, William dos Santos et al. Avaliação da qualidade no atendimento de emergência em um hospital municipal de campos dos Goytacazes. **Acta Biomédica Brasiliensia**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 35-51, 2013.

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti. O sujeito coletivo que fala. **Interface - Comunic., Saúde., Educ.**, v. 10, n. 20, p.517-24, jul.-dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.org>>. Acesso em: 21 de out. 2014.

LEVANDOVISKI, Patrícia Fátima. **Satisfação dos usuários com cuidados de enfermagem em serviço de emergência**. Escola de

enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Trabalho de conclusão do curso de enfermagem, Porto Alegre, 2013. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br>>. Acesso em: 20 set. 2014.

LOUREIRO, Monique Morgado; ROZENFELD, Suely. Epidemiologia de Internações por doenças falciformes no Brasil. **Rev. de Saúde Pública**, v. 39, n. 6, p. 943-949, 2005.

LOPES, Jenifer Britto. **Enfermeiro na classificação de risco em serviços de emergência**: revisão integrativa. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Curso de Enfermagem. Porto Alegre, 2011.

LOPES, Juliana de Lima et al. Satisfação de clientes sobre cuidados de enfermagem no contexto hospitalar. **Acta Paul. Enferm.**, v. 22, n. 2, p. 136-41, 2009.

MOIMAZ, Suzely Adas Saliba et al. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n.4, p.1419-1440, 2010.

OLIVEIRA, Kelly Cristtine Dias de. **Acolhimento com classificação de risco na política de humanização da atenção de saúde no DF**: diagnóstico situacional da articulação na rede de atenção à saúde. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade de Brasília, campus de Ceilândia, Ceilândia-DF, Set. 2012.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SALUD. **Enfermidades prioritarias en la salud de la población negro**. Palestra de Cristina Torres Parodi, OPAS, 2011.

RODRIGUES, Carmen C. M., ARAÚJO, Izilda E. M., MELO, Luciana L. A família da criança com doença falciforme e a equipe enfermagem: revisão crítica. **Revista brasileira de hematologia e hemoterapia**. Mar .2010. v.,32,n,3p.257-264.

SANTOS, Milena Souza. **Anemia falciforme:** da doença ao tratamento. Universidade do Estado de Goiás. Trabalho de conclusão de curso de Farmácia. Anápoles, 2011.

SERVIN, Santiago Cirilo Nogueira et al. **Protocolo de Atendimento com Classificação de Risco Sistemas Único de Saúde, Hospitais Municipais/2005 São Luís/ MA.** Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em: 15 nov. 2013.

SOARES, Eula Priscila Brandão et al. Cuidar de pessoas com doença falciforme na unidade de Emergência: Discurso de uma equipe multiprofissional. **Revista Ciência Cuidado e Saúde**, v. 13, n. 2, p. 278-85, abr.-jun. 2014.

SOARES, Felipe Fagundes Soares et al. Condições de saúde bucal e fatores sociodemográficos de crianças de 6 a 96 meses com doença falciforme no Estado da Bahia. **Rev. Odontol. UNESP, Araraquara**, v. 39, n. 2, p. 115-121. mar.-abril. 2010.

SOUZA E SOUZA, Luís Paulo et al. A qualidade do atendimento prestado pelos prontos-socorros. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, v. 11, n. 3, 2013. Disponível em: <http://web.face.ufmg.br>. Acesso em 20 de set .2014.

WOLFSON, Julie A. et al. Sick cell disease in Califórnia: sociodemographic preditores of emergency department utilization. **Pediatric Blood Cancer**. v. 58, n. 1, p. 66-73. Jan 2012. Disponível <<http://web.face.ufmg.br>>. Acesso em: 20 set. 2014.

ZANELATTO, Daiana Maggi; PAI, Daiane Dal. Práticas de acolhimento no serviço de emergência: a perspectiva dos profissionais de enfermagem. **Revista Ciência Cuidado e Saúde**, v. 9, n. 2, p. 358-65, abr.-jun. 2010.

# **ESTRATÉGIAS DE REDUÇÃO DE DANOS ENTRE USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS (CAPSad)**

*Vânia Sampaio Alves  
Mônica de Oliveira Nunes*

A relação dos humanos com as substâncias psicoativas atravessa a história da humanidade. A literatura retrata o consumo de substâncias psicoativas desde civilizações antigas, sendo este descrito em função de sua finalidade religiosa, extática, recreativa, medicinal e nutritiva (FERREIRA; MARTINI, 2001; CARLINI, 2006; SILVEIRA; MOREIRA, 2006; ARAÚJO; MOREIRA, 2006). O consumo de substâncias psicoativas era, então, muitas vezes regulado pela rede de significados simbólicos derivados dos contextos socioculturais nos quais era efetuado.

A partir do século XIX, o consumo de substâncias psicoativas começa a assumir novas feições e implicações sociais. A princípio, a descoberta e a produção de medicamentos, a exemplo da morfina e da heroína, despertaram o interesse da classe científica e propiciaram um tipo de consumo realizado sob controle médico (ARAÚJO; MOREIRA, 2006). Com o tempo, o consumo destas novas apresentações das substâncias psicoativas popularizou-se, não necessariamente por sua finalidade terapêutica, mas em virtude do prazer que podiam proporcionar. No início do século XX, a comercialização de inúmeras substâncias psicoativas, dentre as quais a cocaína, era realizada livremente, sem quaisquer restrições. Deste modo, verifica-se uma expansão do consumo de substâncias

psicoativas cada vez mais desatrelado de contextos socioculturais capazes de regulamentá-lo. Este novo padrão de consumo foi acompanhado pela emergência de danos à saúde e riscos sociais.

Na atualidade, as drogas são definidas como substâncias exógenas que agem no sistema nervoso central, modificando o seu funcionamento e acarretando alterações físicas, psíquicas e comportamentais. Os efeitos produzidos por estas substâncias têm sido descritos como consequentes de inibição, estimulação ou perturbação da atividade cerebral, com produção de estados de euforia, excitação, irritabilidade, depressão, insônia, relaxamento muscular, alucinações, delírios, perda de autocontrole, desorientação, entre outras alterações (MASUR; CARLINI, 2004; DIAS; PINTO, 2006). As alterações produzidas dependem do tipo e da quantidade de substância consumida, mas também das características de quem as consome, das expectativas em torno de seus efeitos e do contexto sociocultural em que o consumo é realizado (MASUR, 2004).

Entre os riscos e danos sociais e à saúde associados ao consumo de álcool e outras drogas, a literatura tem enumerado a exposição a situações de violência, como acidentes de trânsito, conflitos interpessoais e familiares, traumatismos, homicídios, suicídios, envolvimento com o tráfico e outras atividades delituosas (MINAYO; DESLANDES, 1998; ZILBERMAN; BLUME, 2005; REHM; MONTEIRO, 2005; REIS; FIGLIE; LARANJEIRA, 2006; CHALUB; TELLES, 2006; PONCE; LEYTON, 2008; PONCE et al., 2008; HEIM; ANDRADE, 2008); práticas sexuais desprotegidas, compartilhamento de seringas e agulhas e exposição a infecções de transmissão sexual e parenteral, a exemplo do HIV, hepatites B e C, HTLV e sífilis (CARVALHO; BUENO; PROJETO BRASIL, 2000; SEIBEL; CARVALHO, 2000; BASTOS et al., 2000; CARDOSO; MALBERGIER; FIGUEIREDO, 2008); comorbidades ou agravamento de condições clínicas e psiquiátricas (SILVEIRA; JORGE, 1999; MELONI; LARANJEIRA, 2004; BEHAR, 2004; ALVES; KESSLER; RATTO, 2004; RODRÍGUEZ et al., 2005), intoxicação aguda por uso de drogas (*overdose*),



uso abusivo e dependência, entre outros. Dentre as possíveis consequências do consumo de substâncias psicoativas, admite-se que o uso abusivo e a dependência podem potencializar outros riscos e danos sociais e à saúde aos indivíduos e à coletividade. Neste trabalho, a abordagem do modelo de atenção a usuários de álcool e outras drogas contempla especialmente, o segmento populacional que apresenta transtornos severos decorrentes do uso abusivo e dependências.

Nem todo consumo de substância psicoativa caracteriza dependência ou toxicomania. Esta condição é definida a partir da intensidade da relação estabelecida com as drogas, na qual o consumo passa a exercer determinação sobre os comportamentos do usuário (MASUR, 2004). Nesta perspectiva, a dependência envolve o comprometimento da possibilidade de escolhas, tendo em vista a restrição de respostas percebidas pelo usuário ao enfrentamento de situações da vida. A autonomia do sujeito em relação à organização da vida, também pode ser fragilizada pela compulsão ao consumo. A condição de dependência é descrita, ainda, como solitária, pela perda de interesse que pode desencadear quanto às relações sociais.

O consumo de álcool e outras drogas, particularmente os transtornos decorrentes do uso abusivo e dependência, constitui um dos maiores desafios contemporâneos à saúde pública em países do mundo. Diante desta realidade, diferentes modelos de atenção à saúde de usuários de substâncias psicoativas foram delineados, os quais polarizam de um lado discursos e práticas de proibição e intolerância a todo padrão de consumo de drogas, notoriamente as ilícitas, e, do outro, a abordagem de redução de danos (CANTY; SUTTON; JAMES, 2005; RIBEIRO, 2006; TAMMI; HURME, 2007).

No Brasil, a despeito do histórico alinhamento discursivo com as políticas proibicionistas, a proposição de uma rede de cuidado aos usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), tem sido especialmente referenciada pela lógica da redução de danos. Os princípios da redução de

danos sustentam-se no pragmatismo de que o consumo de drogas sempre esteve e sempre estará presente na história da humanidade (MARLATT, 1999; RITTER; CAMERON, 2005; TAMMI; HURME, 2007; BALL, 2007). Se o consumo de drogas não pode ser suprimido da sociedade, admite-se ser possível traçar estratégias para reduzir os danos a ele relacionados, tanto para os usuários quanto para a coletividade.

O tratamento orientado pela lógica da redução de danos é descrito como de “baixa exigência”, por não exigir dos usuários a abstinência como um pré-requisito obrigatório, o que não significa que a lógica da redução de danos contraponha-se à abstinência como um resultado ideal ao tratamento (MARLATT, 1999; KELLOGG, 2003; MACMASTER, 2004; BEEK, 2009). Ao invés de estabelecer a abstinência como única meta aceitável da prevenção e do tratamento, a redução de danos concilia o estabelecimento de metas intermediárias. O foco desta abordagem está na adoção de estratégias para minimizar os danos sociais e à saúde relacionados ao consumo de drogas, ainda que esta intervenção não produza uma diminuição imediata deste consumo. A atenção centra-se nas necessidades sociais de saúde do usuário, o qual precisa ser engajado de forma respeitosa no delineamento das metas para o tratamento buscado (MARLATT, 1999; TAMMI; HURME, 2007).

O presente capítulo enfoca a abordagem da redução de danos a partir da perspectiva de pessoas em tratamento de transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas no contexto do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad), o qual se configura como serviço especializado do SUS para atenção à saúde desse grupo populacional. Os dados foram produzidos pela pesquisa *“Articulando experiências, produzindo sujeitos e incluindo cidadãos: um estudo sobre as novas formas de cuidado em saúde mental na Bahia e em Sergipe, Brasil”*, desenvolvida, entre 2006 e 2008, pelo Núcleo Interdisciplinar de Saúde Mental (NISAM-ISC-UFBA) e financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

## **As narrativas de pessoas em tratamento no CAPSad**

Os dados para análise das estratégias de redução de danos entre usuários de um CAPSad, foram produzidos a partir de uma abordagem de pesquisa de cunho etnográfico realizada no serviço com duração de quinze meses, envolvendo a triangulação de técnicas como observação participante e entrevistas narrativas. A realização de entrevistas narrativas com usuários em tratamento no CAPSad, teve por objetivo, reconstruir suas histórias de vida a partir de sua perspectiva. A observação participante possibilitou o estreitamento do vínculo com alguns usuários bem como a escuta de fragmentos de suas histórias de vida, a relação com o álcool e outras drogas, o seu tratamento no serviço. Foram entrevistados sete usuários – cinco homens e duas mulheres.

A narrativa é eliciada por um esquema autogerador, uma provocação específica (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2003). Na abordagem aos usuários do CAPSad, as narrativas foram desencadeadas a partir da seguinte solicitação: *“você poderia contar um pouco de sua história?”*. O enredo principal destas narrativas compreendeu a experiência de consumo de álcool e outras drogas, em torno da qual foram narrados acontecimentos correlatos e significativos como a relação com a família, os pares e a comunidade, a percepção do consumo de álcool e outras drogas como um problema de saúde, a trajetória terapêutica e o tratamento no CAPSad.

## **A experiência de consumo de álcool e outras drogas**

A abordagem aos sujeitos em tratamento no CAPSad buscou contemplar a sua relação com as substâncias psicoativas, a percepção de que o consumo havia se configurado prejudicial, os itinerários terapêuticos e as expectativas em relação ao tratamento no contexto do CAPSad. As narrativas destes sujeitos representam

um convite para a aproximação de um tema permeado por estigmas e preconceitos, bem como a caracterização de uma problemática complexa e, inequivocadamente, inscrita no campo de práticas de saúde mental.

O consumo de substâncias psicoativas, particularmente o álcool e a maconha, foi referido por alguns dos sujeitos entrevistados como de início precoce em suas vidas, sendo remontado por vezes ao período da infância e da adolescência. De acordo com as narrativas daqueles sujeitos em tratamento do alcoolismo, o início do consumo de bebidas alcoólicas realizou-se em situações de sociabilidade. Para estes sujeitos, foi muito difícil precisar em que momento o consumo social tornou-se prejudicial ou abusivo. Entre o início do consumo e a percepção de que o mesmo tornou-se abusivo – a *perda do controle* – decorrem-se geralmente muitos anos. A tolerância dos familiares e amigos em relação ao aumento da quantidade e da intensidade do consumo foi outra circunstância comum nestas narrativas.

Nas narrativas dos sujeitos em tratamento no CAPSad Pernambués, a *perda do limite* ou do *controle* sobre o consumo de álcool e outras drogas, apresenta-se como uma questão indicativa da dependência e/ou consumo abusivo. O isolamento e afastamento da rede de amigos, figura como outro aspecto elucidado em suas narrativas. A interrupção de estudos e o absenteísmo denotam outros fenômenos que podem ser indicativos do consumo abusivo e/ou dependência de álcool. Destaca-se, então, a centralidade que a substância psicoativa assume na vida cotidiana, com deslocamento do tempo e do interesse de outras pessoas e objetos (MASUR, 2004).

Para alguns usuários em tratamento no CAPSad pesquisado, o início ou o aumento do consumo de álcool e outras drogas pode estar associado a experiências de perdas significativas, como episódios de separação afetiva, a morte de um familiar ou a revelação de segredos de família. Destaca-se destas narrativas o sofrimento psíquico que precipita e acompanha o consumo abusivo de álcool e outras drogas, caracterizando-o como um processo de

adoecimento e co-morbidade psiquiátrica – quadros de depressão, ansiedade e síndrome de pânico – a demandar intervenções de saúde mental. O consumo abusivo de álcool e outras drogas, por sua vez, acarreta outras experiências aos sujeitos que são referidas como de desestruturação da vida: perda de emprego, abandono de estudos, fragilidade e/ou rompimento dos vínculos afetivos, marginalização e exclusão social. Depreende-se de suas narrativas que estas experiências acabam por contribuir para o aumento do sofrimento psíquico.

O contexto comunitário em que vive o usuário e as relações sociais por ele estabelecidas foram assinalados em muitas narrativas como fatores que podem favorecer o consumo de álcool e outras drogas. Estas substâncias podem ser consumidas em associação com outras pessoas que participam da rede social e familiar dos sujeitos em tratamento no CAPSad. Esta associação envolve a oferta de bebidas alcoólicas e outras drogas, quando o usuário não possui recursos próprios ou suficientes para obtê-las e o consumo compartilhado. As relações sociais perpassadas pelo consumo de substâncias psicoativas figuram, portanto, como fator de vulnerabilidade e podem proporcionar dificuldades para o engajamento no tratamento.

Em alguns casos, o consumo de álcool e outras drogas é realizado por outros membros da família, particularmente os(as) companheiros(as), caracterizando relações afetivas complexas, marcadas pela associação para o consumo de substâncias psicoativas e por conflitos precipitados pelos efeitos por estas produzidos. Nos casos identificados no CAPSad Pernambués, o outro integrante da família não frequentava o serviço ou outro recurso terapêutico, a substância psicoativa fazia-se disponível na residência para o usuário em tratamento, caracterizando um fator de dificuldade para a sua adesão e alcance dos objetivos delineados no plano terapêutico individual.

A condição socioeconômica dos usuários repercute na eleição da substância psicoativa de consumo e no estabelecimento

de parcerias para obtê-la, sendo que estas relações sociais podem vir a representar fator de vulnerabilidade, à medida que favorece a continuidade e o aumento da intensidade do próprio consumo. Quanto menor o poder aquisitivo, mais frequente podem se fazer as associações para aquisição e/ou o consumo compartilhado de álcool e outras drogas. Também foi relacionado ao reduzido poder aquisitivo dos usuários, uma diminuição da qualidade da substância consumida, refletido em maiores riscos e danos para a saúde.

A obtenção da substância psicoativa de consumo foi descrita em algumas narrativas, como uma das necessidades de subsistência, caracterizando a condição da própria dependência química. As atividades para a geração de renda não eram, entretanto, exclusivas para a aquisição de drogas. O dinheiro poderia ser conquistado através de estratégias lícitas como o trabalho formal ou informal ou ainda por meio da venda de bens e imóveis de propriedade pessoal; ou poderia ser derivado de práticas qualificadas como delituosas, como a venda de objetos da residência, a participação em furtos e tráfico de drogas. A obtenção de álcool e outras drogas também pode ser intermediada pelas relações sociais, notadamente amigos e vizinhos. Pode-se, neste sentido, falar na conformação de redes sociais para a aquisição e o consumo compartilhado de álcool e outras drogas.

A percepção de *perda de controle* sobre o consumo de álcool e outras drogas, que para muitos sujeitos em tratamento no CAPSad, esteve associada ao reconhecimento de que este havia se tornado um problema de saúde, precipitando a busca por tratamento. Nessa direção, à expectativa em relação ao tratamento demandado muitas vezes foi enunciada em termos do desejo de conquistar o *controle*, que admitem um dia ter sido exercido sobre o próprio consumo.

### **Sentidos atribuídos à redução de danos**

Os sentidos construídos acerca da redução de danos entre os sujeitos em tratamento no CAPSad estudado, apreendidos a partir

de suas narrativas, remetem para a conquista de uma relação com o álcool e outras drogas, pautada pela autonomia no cuidado com a própria saúde. A questão do controle sobre o padrão de consumo, de forma a minimizar as consequências adversas a ele relacionadas, foram especialmente realçadas nestas narrativas:

...a lógica aqui é conscientizar as pessoas controlar suas drogas. Mas, mas... você... que use suas drogas, mas tenha um conceito do que está fazendo. Que não exagere. A droga que você vai usar hoje, amanhã ela vai ter novamente e você não precisa tá se exagerando, se matando hoje pra amanhã... está pior ainda! E, quer dizer, é um conceito de que as pessoas se controlem. E aqui não diz “Ah! Você vai ter que parar pra seguir!”. Não! Aqui você controla. Mas o que eu vejo aqui, o controle daqui é uma dica para que você reflita e veja (Entrevista usuário 03).

...a questão da redução de danos, de uma forma bem simples, é o quê? É você poder utilizar de algo, independente de ser droga ou não, no caso, aqui, da droga em si, sem que ela lhe cause tantos prejuízos. Eu entendo dessa forma. Seria não fazer o uso tão abusivo. É você compreender que se você tem necessidade de utilizar aquela droga, porque você é uma pessoa insegura ou porque você é tímido ou porque você tem medo... que você a use, porém, poderia até dizer, com uma certa responsabilidade e cautela. Eu... eu entendo dessa forma (Entrevista usuário 01).

A expectativa quanto ao tratamento no CAPSAd, foi descrita por alguns usuários, em termos da redução de consumo de álcool e outras drogas. Nesta direção, almejavam uma melhora gradativa de sua condição de saúde e que pode ter a abstinência como uma meta a ser atingida. Esta, entretanto, apresenta-se como um importante desafio:

...então, eu vim pro CAPS e aí... aqui eu consegui reduzir, né?, muito o que tinha acontecido, pelo menos uns 70% ou mais, que reduzi muito. Tá me faltando uns trinta por cento e é o que está mais difícil... É o que tá mais difícil! Mas eu tenho a impressão de que eu vou conseguir porque eu desejo parar de usar e eu não vou usar mesmo porque sei o prejuízo que tive, né?, o mal que faz as drogas, que realmente a droga é uma droga, né? (Entrevista usuário 05).

A estratégia adotada por sujeitos em tratamento no CAPSad estudado para a redução ou abstinência do consumo abusivo de álcool e outras drogas, pode envolver o distanciamento de sua comunidade e das relações sociais estabelecidas neste contexto, as quais eram percebidas como fator de vulnerabilidade para o consumo e também como fator de risco à integridade física em decorrência de envolvimento ou dívida com o tráfico de drogas:

...ele agora tá usando a bebida dele sozinho, não me chama mais. Eu também não fico lá no meio deles, porque eles ficam lá bebendo, eu não tô bebendo. Todo mundo que passar vai achar que eu tô bebendo também. É ou não é? Então, eu me recuso mais um pouco. Fico mais no meio de quem não é desse negócio de bebida. É, meu lema agora é esse (Entrevista usuário 07).

O período de permanência no CAPSad foi realçado como um fator de proteção e de redução de danos, particularmente nas narrativas de usuários de álcool:

Tenho três meses, graças a Deus, que eu não sei o que é bebida. [...] Então, veja bem o que é eu estar aqui conversando com você tranquilo, já ter participado de uma... de uma oficina, sabendo que daqui eu vou trabalhar?! Agora imagine se eu não estivesse aqui no CAPS, tivesse uma hora dessas, talvez, na porta



de um boteco esperando um cara passar e eu dizer: “E aí, rapaz, bota uma 51 aí pra mim!” (Entrevista usuário 03).

...se eu não tivesse no CAPS é... talvez eu estaria por aí bebendo [...] porque se eu não tivesse aqui... eu poderia estar hoje... estaria por aí [...], passeando, bebendo... por aí à toa e aqui eu não to à toa não, porque eu tô sendo muito bem acolhido (Entrevista usuário 04).

Entre os sujeitos em tratamento no CAPSad estudado, era consenso de que a redução do consumo de álcool era mais desafiadora quando comparado a outras drogas. Esta dificuldade era atribuída à disponibilidade da substância na sociedade e pelo imperativo de consumo entre os pares. O consumo de outras drogas, seja pelo seu caráter ilícito seja pelo custo mais elevado, foi descrito nas narrativas de usuários do CAPSad como uma atividade que envolvia menos socialização e, por conseguinte, compartilhamento da substância entre pares.

As estratégias adotadas pelos sujeitos em tratamento para a redução de danos, tendo ou não a abstinência como meta, revelaram-se muito particulares. Neste sentido, não havia uma receita a ser prescrita pelo serviço. A redução de danos era significada por cada sujeito frente a sua relação com a droga e, assim, o que poderia ser redução de danos para um poderia não ser para outro. As estratégias pessoais para a redução de danos levavam em consideração a relação com as drogas e seu potencial de prejuízo à saúde e as situações percebidas como de vulnerabilidade ou de proteção ao consumo. Assim, a redução de danos poderia envolver a abstinência de uma substância considerada mais prejudicial, tanto do ponto de vista da saúde e integridade física, quanto do comprometimento das relações sociais.

Entre as estratégias para a redução de danos adotados por sujeitos em tratamento no CAPSad estudado, identificaram-se: a diminuição da frequência e da intensidade do consumo, a busca

por atividades esportivas, a substituição de substância, a entrega do dinheiro e cartões de crédito aos cuidados de um familiar ou pessoa da rede social, o estabelecimento de relações sociais percebidas como fator de proteção e distanciamento daquelas que eram consideradas como fator de vulnerabilidade.

Muitas narrativas enfatizaram, ainda, o tratamento no CAPSad como uma estratégia para a redução de danos, seja como fator de proteção pelo distanciamento do contexto social que favorece o consumo de álcool e outras drogas, seja pelo suporte terapêutico encontrado e que produz reflexão sobre a relação com as drogas e oferece subsídios para as mudanças subjetivas. O acolhimento proporcionado no contexto do serviço, quanto à declaração do consumo de álcool durante o final de semana, resultava em uma oportunidade de autoavaliação terapêutica. O constrangimento que muitas vezes acompanha o comportamento de reincidência do consumo podia, então, dar lugar à renovação de credibilidade dos profissionais quanto ao potencial de mudança do usuário em relação às drogas.

Nesta direção, a reflexão de que o consumo da substância psicoativa, havia sido realizado em conformidade com a lógica da redução de danos, incidia na autoestima dos sujeitos, ao tempo em que lhe era assinalada, a possibilidade da conquista gradativa do autocontrole almejado, em relação às drogas consumidas e de minimização dos danos associados a este consumo.

Os discursos e expectativas dos sujeitos em tratamento no CAPSad estudado, em torno da abstinência e da redução de danos, coexistem no âmbito do serviço sem qualquer conflito ou contradição. Para estes sujeitos, o tratamento oferecido encontrava-se orientado pela lógica da redução de danos, sem excluir a perspectiva da abstinência como resultado terapêutico ideal. A demanda que cada usuário formula ao serviço, desponta, então, como norteadora da construção dos projetos terapêuticos individuais, delineando intervenções que ofereçam suporte terapêutico à redução de danos ou à abstinência.

Para uma avaliação do alcance dos resultados terapêuticos produzidos a partir do tratamento no contexto CAPSad estudado, depreende-se, a partir das narrativas dos sujeitos da pesquisa, ser necessário partir das expectativas individuais, em relação ao tratamento demandado. Entre usuários que receberam alta terapêutica do serviço, identificou-se, por exemplo, um rapaz com histórico de consumo compulsivo de crack e que passou a fazer uso de três cigarros de maconha durante o dia – um pela manhã, um à tarde e um à noite. Com este padrão de consumo, declarou ter conseguido reorganizar a sua vida cotidiana, distanciando-se das relações sociais que favoreciam situações de uso compartilhado da substância e buscando o convívio com uma rede social que lhe proporcionava proteção ao consumo de outras drogas. O caso deste usuário pode ser ainda considerado exitoso pela sua reinserção ao mercado de trabalho. A alta terapêutica, foi acompanhada pela retomada das atividades laborativas, que haviam sido interrompidas pela dependência do crack. Outro caso de alta terapêutica observado refere-se ao de uma senhora que fazia uso abusivo de álcool há mais de vinte anos e que traçou como meta do tratamento demandado ao serviço, a abstinência. Em ambos os casos, os sujeitos atribuem às mudanças promovidas em suas vidas à possibilidade de re-significação da relação com as drogas, a partir do tratamento recebido no CAPSad.

### **Considerações finais**

O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad), constitui um serviço de saúde mental de alta complexidade, que integra uma rede de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas. Para a atenção às demandas e necessidades sociais de saúde de usuários de álcool e outras drogas e suas famílias, às práticas de saúde produzidas a partir desse serviço, precisam ser organizadas a partir das expectativas dos sujeitos em tratamento, inclusive aquelas relativas quanto ao

alcance ou não da meta de abstinência do consumo de substâncias psicoativas.

A demanda por atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas, nem sempre se expressa em termos do objetivo da abstinência. Esta demanda pode ser formulada como desejo de restituir um controle, que se julga um dia ter sido exercido sobre o consumo da(s) substância(s). As estratégias de redução de danos adotadas por pessoas em tratamento no serviço pesquisado revelam-se singulares, encontrando-se estreitamente relacionadas com a percepção dos riscos e danos relacionados ao consumo e aos projetos pessoais de reinserção social. Espera-se que estes achados possam contribuir com o planejamento de intervenções de saúde, orientadas pela abordagem de redução de danos e compromissadas com a cidadania dos usuários.

## Referências

ALVES, H.; KESSLER, F.; RATTO, L. R. C. Comorbidade: uso de álcool e outros transtornos psiquiátricos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, supl. 1, p. 51-53, 2004.

ARAÚJO, M. R.; MOREIRA, F. G. Histórias das drogas. In: SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. (Orgs.). **Panorama atual de drogas e dependências**. São Paulo: Atheneu, 2006, p. 9-14.

BALL, A. L. HIV, injecting drug use and harm reduction: a public health response. **Addiction**, v.102, n.5, p.684-690, 2007.

BASTOS, F. I.; TELLES, P. R.; OLIVEIRA, M. L.; MORGADO, M. G. Infecção pelo HIV e HTLV e hepatitis virais entre UDIs no Rio de Janeiro. In: MESQUITA, F.; SIEBEL, S. (Orgs.). **Consumo de drogas: desafios e perspectivas**. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 67- 79.

BEEK, I. V. Harm reduction: an ethical imperative. **Addiction**, v. 104, n. 3, p. 342-343, 2009.

BEHAR, R. Consumo de alcohol y trastornos de la conducta alimentaria: evidencia, similitudes e implicâncias. **Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria**, v. 42, n. 3, p. 183-194, 2004.

CANTY, C.; SUTTON, A.; JAMES, S. Strategies for community-based drug law enforcement: from prohibition to harm reduction. In: STOCKWELL, T.; GRUENEWALD, P. J.; TOUMBOUROU, J.M.; LOXLEY, W. (Eds.). **Preventing harmful substance use: the evidence base for policy and practice**. Chichester, UK: John Wiley & Sons, 2005, p. 225-236.

CARDOSO, L. R. D.; MALBERGIER, A.; FIGUEIREDO, T. F. B. O consumo de álcool como fator de risco para a transmissão das DSTs/HIV/AIDS. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 35, supl. 1, p. 70-75, 2008.

CARLINI, E. A. A história da maconha no Brasil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.55, n. 4, p. 314-317, 2006.

CARVALHO, H.; BUENO, R. PROJETO BRASIL. Infecção pelo HIV e seus determinantes em sete cidades brasileiras. In: MESQUITA, F.; SIEBEL, S. (Orgs.). **Consumo de drogas: desafios e perspectivas**. São Paulo: Hucitec, 2000, p. 21-53.

CHALUB, M.; TELLES, L. E. B. Álcool, drogas e crime. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 28, supl. 2, p. 69-73, 2006.

DIAS, J. C.; PINTO, I. M. Substâncias psicoativas: classificações, mecanismos de ação e efeitos sobre o organismo. In: SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. (Orgs.). **Panorama atual de drogas e dependências**. São Paulo: Atheneu, 2006, p. 39-49.

FERREIRA, P. E. M.; MARTINI, R. K. Cocaína: lendas, história e abuso. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.23, n.2, p. 96-99, 2001.

HEIM, J.; ANDRADE, A. G. Efeitos do uso do álcool e das drogas ilícitas no comportamento de adolescentes de risco: uma revisão das publicações científicas entre 1997 e 2007. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 35, supl. 1, p. 61-64, 2008.

JOVCHELOVITCH, S.; BAUER, M. Entrevista narrativa. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Ed.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003, p. 90-113.

KELLOGG, S.H. On “gradualism” and the building of the harm reduction-abstinence continuum. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 25, n. 4, p. 241-247, 2003.

MACMASTER, S. A. Harm reduction: a new perspective on substance abuse services. **Social Work**, v. 49, n.3, p. 356-363, 2004.

MARLATT, G. A. **Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco**. Porto Alegre: Artmed: 1999.

MASUR, J. **O que é toxicomania**. 5 ed. 1. reimpr. São Paulo: Brasiliense, 2004.

MASUR, J.; CARLINI, E. A. **Drogas: subsídios para uma discussão**. 4. ed. 1ª. reimpr. São Paulo: Brasiliense, 2004.

MELONI, J. N.; LARANJEIRA, R. Custo social e de saúde do consumo do álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, supl. 1, p.7-10, 2004.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. **Cadernos de Saúde Pública**, v.14, n.1, p. 35-42, 1998.

PONCE, J. C.; LEYTON, V. Drogas ilícitas e trânsito: problema pouco discutido no Brasil. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 35, supl. 1, p. 65-69, 2008.

PONCE, J. C.; ANDREUCCETTI, G.; JESUS, M. G. S.; LEYTON, V.; MUÑOZ, D. R. Álcool em vítimas de suicídio em São Paulo. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 35, supl. 1, p. 13-16, 2008.

REHM, J.; MONTEIRO, M. Alcohol consumption and burden of disease in the Americas: implications for alcohol policy. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 18, n. 4/5, p. 241-248, 2005.

REIS, A. D.; FIGLIE, N. B.; LARANJEIRA, R. Prevalence of substance use among trauma patients treated in a Brazilian emergency room. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 28, n. 3, p. 191-195, 2006.

RIBEIRO, M. M. Aspectos legais. In: SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. (Orgs.). **Panorama atual de drogas e dependências**. São Paulo: Atheneu, 2006, p. 469-476.

RITTER, A. L.; CAMERON, J. **A systematic review of harm reduction**. Fitzroy: Turning Point Alcohol and Drug Centre, 2005.

RODRÍGUEZ, D. C. R.; BAREÑO, C. M. D; RUEDA, S. J. G.; HERRERA, Z. M. S.; DÍAZ-MARTÍNEZ, L.A.; RUEDA-JAIMES, G. E.; CAMPO-ARIAS, A. Asociación entre síntomas depresivos y consumo abusivo de alcohol en estudiantes de Bucaramanga, Colombia. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n.5, p.1402-1407, 2005.

SIEBEL, S.; CARVALHO, H. B. HIV, hepatite C e sífilis entre UDIs no Centro-Oeste. In: MESQUITA, F.; SIEBEL, S. (Orgs.). **Consumo de drogas: desafios e perspectivas**. São Paulo: Hucitec, 2000, p. 55-66.

SILVEIRA, D. X.; JORGE, M. R. Co-morbidade psiquiátrica em dependentes de substâncias psicoativas: resultados preliminares. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 21, n. 3, p. 145-151, 1999.

SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. Reflexões preliminares sobre a questão das substâncias psicoativas. In: SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. (Orgs.). **Panorama atual de drogas e dependências**. São Paulo: Atheneu, 2006, p. 3-7.

TAMMI, T.; HURME, T. How the harm reduction movement contrasts itself against punitive prohibition. **International Journal of Drug Policy**, v. 18, n. 2, p. 84-87, 2007.

ZILBERMAN, M. L.; BLUME, S. B. Violência doméstica, abuso de álcool e substâncias psicoativas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 27, supl. 2, S51-55, 2005.



# VIVÊNCIA DO ADOECIMENTO CRÔNICO: um estudo com pessoas acometidas pelo HTLV

*Maria da Conceição Costa Rivemales*

*Alana Queiroz Bastos*

*Ana Raquel Campos Almeida*

*Cintia Maria Moraes Carneiro*

O adoecer, por si, já é uma condição indesejável para o indivíduo e torna-se ainda mais negativa, quando associado a uma doença crônica, principalmente se tratando das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), que possuem um grande estigma por parte da sociedade. Muitas vezes, os paradigmas associados às DST vêm do próprio desconhecimento da doença, por parte de toda população, inclusive dos próprios portadores.

O Vírus Humano Linfotrópico de Células T (HTLV) é uma DST crônica, cuja publicação científica, principalmente na área da enfermagem é bastante reduzida, além da escassez de divulgação nos meios de comunicação em massa. Desta forma, faz-se mister apresentar uma breve discussão sobre o que vem a ser a doença, bem como o agente causador e suas repercussões no organismo humano.

Descoberto no início dos anos de 1980, o HTLV tem a sua presença confirmada em todo o Brasil (CATALAN-SOARES; PROIETTI, 2006). Estudos apontam que aproximadamente 2,5 milhões de pessoas estejam infectadas pelo HTLV-I, forma mais grave da doença, tornando o Brasil um país que apresenta maior número de casos (CARNEIRO-PROIETTI et al., 2002). Na Bahia, estudo de base populacional revelou prevalência de 1,8% na população geral (BRASIL, 2004).

Classificados em tipo I (HTLV-I) e tipo II (HTLV-II), são caracterizados como retrovírus do tipo C. O HTLV-I está

associado à Leucemia-Linfoma de células T do Adulto (LLTA), a Paraparesia Espástica Tropical/Mielopatia associada ao HTLV (TSP/HAM), Uveíte associada ao HTLV (HAU) e a anormalidades dermatológicas (LINS, 2004). As alterações neurológicas podem surgir com aparecimento de sintomas incipientes, a exemplo, disfunção autonômica caracterizada por distúrbio miccional, intestinal e disfunção erétil (BRASIL, 2004).

A transmissão do HTLV I/II pode ocorrer por três vias: materno-infantil (transmissão vertical, amamentação), contato sexual e transmissão parenteral (componentes celulares sanguíneos contaminados e uso de seringas contaminadas). Quanto à transmissão por contato sexual, é maior a ocorrência da transmissão do homem para a mulher, sendo esta de 60,8% e, rara da mulher para o homem, que é de 0,4% (FIGUEIRÓ-FILHO et al., 2005).

Haja vista, a magnitude da doença, e o número de casos existentes em todo o Brasil, o estudo sobre a vivência do adoecimento crônico das pessoas que vivem com o HTLV é de suma importância, sobretudo na área da enfermagem, em que os profissionais, na sua constante prática do cuidar, necessitam conhecer, entender e respeitar o significado que cada pessoa atribui à doença, bem como as repercussões que esta promove na vida dos mesmos.

Ser homem ou mulher, com todas as suas atribuições e conviver com a doença crônica, representa mudanças não somente em si como portador da doença, mas na família e em seu meio de convívio. Vivenciar o adoecimento exige um remodelamento de condições, reconstrução de sua história, adequação e aceitação de suas limitações às restrições indesejáveis.

O processo de enfrentamento da doença está diretamente relacionado à visão de mundo herdada nas experiências de vida (TRENTINI, SILVA, 1992). Assim, o modo de viver/enfrentar a doença é individual e depende do significado e do contexto que o indivíduo está inserido, além dos recursos que os mesmos dispõem para enfrentá-la.

A doença, muitas vezes, interrompe os planos de vida tanto de homens como de mulheres, mas o que se observa é que a maneira de se enfrentar a doença e o grau de sofrimento, pode estar associada à parte do corpo que é atingida com a progressão da doença, assim como do momento da vida em que se dá o início e o diagnóstico da doença.

Este estudo tem como objetivo analisar a vivência do adoecimento crônico das pessoas acometidas pelo HTLV, considerando-a como uma doença crônica e que traz importantes implicações para a vida biopsicossocial dos soropositivos.

## **Métodos**

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, realizado através da utilização de dados secundários, a partir da base de dados elaborada para o projeto de pesquisa intitulado “Vivência da sexualidade: representações das pessoas soropositivas para o HTLV”.

A pesquisa é de caráter qualitativo. Esta opção se justifica porque a pesquisa qualitativa

[...] se preocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 1999, p. 21).

A coleta dos dados ocorreu no período de janeiro a maio de 2011. O lócus da pesquisa foi o ambulatório de infectologia de um Hospital Universitário, Centro de Referência para tratamento às pessoas acometidas pelo HTLV, localizado na cidade de Salvador-BA; e no município de Santo Antônio de Jesus-BA, através das pessoas cadastradas no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA).

Os sujeitos do estudo foram as pessoas soropositivas para a infecção pelo HTLV atendidos no ambulatório descrito e os residentes no município de Santo Antônio de Jesus e que possuem o diagnóstico positivo para o HTLV. Para a inclusão dos sujeitos na pesquisa foram respeitados os seguintes critérios: serem adultos para ambos os sexos, aceitarem participar espontaneamente do estudo e terem tido diagnóstico confirmado de sua condição sorológica há pelo menos dois anos.

Como fonte de coleta das informações, foi utilizada a técnica projetiva do desenho estória com tema, onde neste estudo foi aplicado de maneira individual. Esta técnica permite a possibilidade de fazer submergir as relações entre os seres humanos e ao mesmo tempo suas relações com o mundo vivenciado. Por meio delas, as pessoas podem projetar: o que acreditam ser; o que gostariam de ser; o que recusam ser; o que os outros são ou deveriam ser em relação a si mesmo (COUTINHO; NÓBREGA; CATÁO, 2003).

Na aplicação da técnica, foi oferecido papel, lápis e caneta esferográfica de diversas cores, para que os sujeitos realizassem seus desenhos. Após o término do desenho, foi solicitado que os sujeitos contassem uma história sobre o desenho e por fim, que dessem um título ao mesmo. Foi realizada a gravação das falas, que posteriormente foram transcritas e analisadas juntamente com o desenho.

Para análise dos dados, foi utilizado o modelo que propõe: a observação sistemática dos desenhos e temas; seleção das ilustrações por semelhanças gráficas e/ou aproximação dos temas; leitura flutuante das unidades temáticas das histórias; recorte e categorização das unidades temáticas das histórias; análise e interpretação dos conteúdos temáticos agrupados por categorias; análise e interpretação dos desenhos através do grafismo (COUTINHO; NÓBREGA; CATÁO, 2003).

O presente estudo respeita os aspectos que envolvem a pesquisa com seres humanos, mediante a aprovação do projeto pelo

Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo Hospitalar Professor Edgar Santos sob protocolo nº 116/2010, e solicitação, aos participantes do estudo, da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os resultados obtidos foram mantidos em sigilo e os indivíduos como anônimos, preservando, assim, as informações e respeitando os princípios éticos da pesquisa. Também foi garantida a autonomia dos entrevistados em interromper sua participação no estudo a qualquer momento que desejassem.

## **Resultados**

Foram entrevistados um total de 29 sujeitos. A distribuição dos participantes da pesquisa, conforme o sexo apresentou-se da seguinte maneira: dos 29 participantes, 24 (82,76%) corresponderam ao sexo feminino e 5 (17,24%) participantes pertenciam ao sexo masculino. Já no que diz respeito à idade, houve os seguintes resultados: 4 (13,79%) participantes encontravam-se entre 20 e 30 anos; 13 (44,83%) participantes encontravam-se entre 30-50 anos; 11 (37,93%) participantes estavam entre 50 e 70 anos; e apenas 1 (3,45%) participante possuía idade superior a 70 anos.

Ao estudar o perfil dos participantes, segundo a condição clínica da doença, foi possível averiguar que 12 (41,38%) dos sujeitos são sintomáticos, ou seja, apresentam condição clínica relacionada a alguma das doenças associadas ao HTLV-I, e 17 (58,62%) dos indivíduos apresentam a infecção de forma assintomática.

A partir da análise dos desenhos e temas, e da leitura fluante das histórias, foi possível realizar a categorização de três unidades temáticas. Neste estudo, apenas uma delas será abordada: A vivência do adoecimento de homens e mulheres que vivem com o HTLV. Serão apresentados a seguir os desenhos e/ou histórias dos participantes.

## Vivência da enfermidade de pessoas que vivem com o HTLV

A maneira com que as pessoas vivenciam a doença pode apresentar distintas conotações que dependem do contexto sócio-demográfico e cultural que o sujeito está inserido, além da representatividade que o seu corpo, objeto de “prazer” e de “poder”, possui na sua vida.

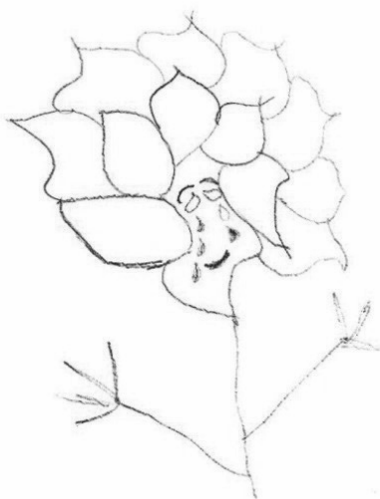
No desenho-estória 01 e 02 é nítida a influência da descoberta do diagnóstico e da presença da doença, sobre o desenho e a narrativa, dos participantes.



Esse desenho... Esse aqui (à direita) significa quando a gente é novo, cheio de saúde, de alegria. E esse daqui (à esquerda), é no meu caso hoje, que a gente pode pela graça, tá certo. Isso daqui (desenho à direita), eu desenhei como que fosse um pé de pau sadio, entendeu, sadio, aquele pé cheio de fruta, de flores e esse daqui (à esquerda) não têm nada (Sexo feminino, assintomática, 68 anos).

Fonte: Banco de dados do projeto “Vivência da sexualidade: representações das pessoas soropositivas para o HTLV”. Salvador, Bahia, 2011.

O desenho expressa simbolicamente a representação da vida e do luto. O desenho da “árvore viva”, representaria a vida do indivíduo antes da infecção pelo HTLV, onde sua “vida era diferente”, “uma vida cheia de saúde e alegria”. A experiência do luto reporta-se a uma perda, neste caso, referindo-se a perda da graça (pela vida) e da saúde. Desta forma, o desenho da “árvore morta”, representaria as perdas que ocorreram na vida deste sujeito após a infecção pelo vírus, expressando o sentimento de tristeza.



Esse desenho ele tá relacionado à minha pessoa, né?! Que era uma flor. Antigamente ela era bem mais bonita, a flor era mais aberta [...] descobri essa doença e eu tenho medo, muito medo... E minha vida de lá pra cá é como se minha vida não tivesse mais sentido para mim [...] Minha vida parou! (Sexo feminino, assintomática, 35 anos).

Fonte: Banco de dados do projeto “Vivência da sexualidade: representações das pessoas soropositivas para o HTLV”. Salvador, Bahia, 2011.

A associação da tristeza com a doença (desenhos-estória 01 e 02) nos remete a uma forte correlação da incerteza do futuro e do medo de morrer, frutos da insegurança gerada com o diagnóstico do HTLV. Tais dados revelam um forte sentimento de tristeza e sofrimento, fruto da não aceitação da doença.

A condição clínica apresentada, com a presença ou não de sintomatologia, pode interferir diferentemente na forma como as pessoas soropositivas para o HTLV vivenciam o adoecimento. No entanto, mesmo sem apresentar doenças relacionadas ao vírus, alguns relatos evidenciam a vivência com o HTLV como algo destrutivo, o que por sua vez, demonstra que cada indivíduo reage ao adoecimento de uma maneira diferenciada e particular.

[...] eu não sinto nada graças a Deus, então o sol, eu acho que o sol brilhou para o meu lado, porque eu não sinto sintoma nenhum. Apesar de eu ter esse problema, não tenho nada a dizer que estou me sentido mal, nada disso, a minha vida normal.

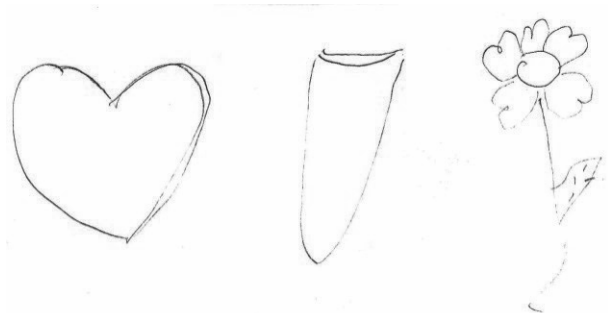
Sexo feminino, assintomática, 36 anos. (Narrativa do Desenho-Estória 03 intitulado “Eu estou muito feliz”).

Eu acho que é uma coisa que não é normal, a gente viver com esse problema todo, com essa doença, [...] no caso da doença ai não é uma coisa bonita, uma coisa boa. Sexo feminino, assintomática, 65 anos. (Narrativa do Desenho-Estória 04 intitulado “Problema de saúde”).

Deparar-se com o diagnóstico do HTLV pode ocasionar o desenvolvimento de diversos sentimentos, principalmente por tratar-se de uma DST que não se tem muita divulgação, e que pode levar a diversos agravos. A problemática de viver com a doença é



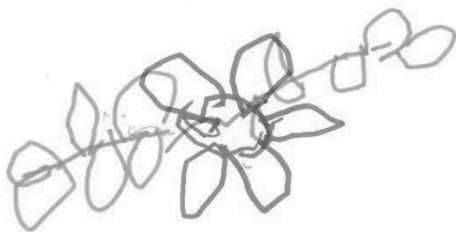
ampla, complexa, singular e interfere em todo o estado emocional dos indivíduos, como é evidenciado pelos desenhos-estórias seguintes:



O desenho, eu desenho um coração. Porque eu acho que o coração representa amor, representa a vida. Desenho a camisinha porque é a maneira de prevenir (choro) e evitar as coisas ruins da vida (choro). E desenho a flor, porque a flor representa a vida... Porque ela nasce, cresce e morre como a gente. Só isso (Sexo feminino, assintomática, 48 anos).

Fonte: Banco de dados do projeto “Vivência da sexualidade: representações das pessoas soropositivas para o HTLV”. Salvador, Bahia, 2011.

A angústia expressada, em decorrência da doença, é bastante enfatizada com sua correlação com a flor (que representa a vida), a qual é comparada com o ciclo de vida (“nasce, cresce e morre”). O relato descrito esteve impregnado por momentos de choro, o que se pode configurar como um desabafo aos diversos sentimentos tais como: tristeza, desespero, preocupação, impotência e incertezas, que cercam o indivíduo com o diagnóstico positivo de uma doença crônica.



Eu desenho... eu desenho uma flor! Uma flor sobre a natureza, que dá alegria, uma flor que dá paz! Se a pessoa assim tiver doente... brincar com uma flor, fazer um desenho, escrever alguma coisa [...] se a pessoa tiver triste, procurar alguma coisa para ficar alegre, não deve só ficar pensando na doença, no HTLV ... (Sexo feminino, sintomática, 74 anos).

Fonte: Banco de dados do projeto “Vivência da sexualidade: representações das pessoas soropositivas para o HTLV”. Salvador, Bahia, 2011.

O desenho também traz a abordagem metafórica da flor, porém, embora autora deseje expressar em seu desenho a flor, como instrumento de alegria e paz, fica nítida a tentativa de fuga de realidade, quanto à condição de soropositividade, expressa na narrativa quando descrito que “*não deve só ficar pensando na doença*”, que ao invés disso, deve-se brincar, “*fazer um desenho*”, “*escrever alguma coisa*”. Essa tentativa de fugir da doença pode advir da incerteza e do medo, gerado pelo diagnóstico, bem como do desconhecimento real das consequências da doença.

Outras narrativas geradas a partir do desenho-estória expressam a aflição sofrida com os estigmas, por parte dos membros da família e do parceiro, associados à doença. Grande parte, dos participantes trouxe em seus desenhos e narrativas, a inquietação gerada com a falta de apoio, em decorrência do diagnóstico.

Era uma vez uma moça chamada Ana, ela sentiu algumas dores e foi conduzida ao consultório médico. O médico pediu uma série de exames, e nesses exames tinha o de HTLV, mas ela não sabia nem do que se tratava o exame. Ela fez e deu positivo e ela começou a procurar informações sobre a doença [...] mas ela ficou com receio de contar ao seu parceiro e com um tempo ele descobriu e ficou com raiva dela e terminou tudo [...]. Sexo feminino, Assintomática, 24 anos (Narrativa do Desenho-Estória 07 intitulado “A timidez da menina Ana”).

O discurso do desenho-estória 07, além de expressar os medos e as dúvidas geradas com a descoberta da doença, também deixa clara a preocupação em revelar o diagnóstico ao parceiro, pela reação que o mesmo pudesse apresentar. Este desenho estória ainda traz o desfecho da descoberta do parceiro, que ao invés de lhe dar apoio, sentiu raiva e terminou o relacionamento.

Não diferente desta perspectiva, as narrativas abaixo trazem a insatisfação das pessoas soropositivas para o HTLV, quanto ao apoio sócio familiar.

[...] Era um casal feliz, ai depois que descobriu o problema, não são mais felizes como era. E é isso aí! Sexo feminino, sintomática, 27 anos (Narrativa do Desenho-Estória 08 intitulado “A Doença”).

HTLV é uma doença muito triste, porque todo mundo se afasta das pessoas... Meus filhos me dizem que é para ter cuidado para não me cortar porque o sangue é contagioso... Eu não gosto quando eles me falam assim, eu fico com vergonha e me sinto tão pequena... Sexo feminino, assintomática, 52 anos (Narrativa do Desenho-Estória 09 intitulado “HTLV é uma doença”).

A falta de apoio no ambiente familiar, retratado na narrativa dos desenhos-estória 08 e 09, demonstram um discurso reprimido

fruto do estigma vivenciado, que fica bem evidenciado pela reprodução da fala dos filhos, revelado pela narrativa 09 que traz: “me diz que é para ter cuidado para não me cortar porque o sangue é contagioso”.

As narrativas do desenho-estória 10 e do desenho-estória 11, reforçam a necessidade que as pessoas que vivem com o HTLV apresentam, de ter alguém que lhe deem apoio e entenda suas limitações, além de também destacar a necessidade de sentimentos como amor e a compreensão como fatores essenciais para a vivência da doença.

[...] através da doença o mundo cai sobre nós. Precisamos de muito amor, compreensão [...] para não sermos humilhados. Sexo feminino, assintomática, 54 anos. (Narrativa do Desenho-Estória 10 intitulado “A doença”).



[...] essa parceria é isso eu tenho que saber que eu sou portadora do HTLV e sou normal, igual a todo mundo, mas a partir do momento que alguma anomalia tá aparecendo, eu preciso da ajuda do outro. Então é isso que eu tentei mostrar ai no desenho, essa intersecção, que a gente não é sozinho, a gente tem sempre alguém do nosso lado, alguém dentro da gente, alguém ao nosso redor que precisa da gente e eu também preciso dele” (Sexo feminino, sintomática, 41 anos).

Fonte: Banco de dados do projeto “Vivência da sexualidade: representações das pessoas soropositivas para o HTLV”. Salvador, Bahia, 2011.

O discurso mostra que é necessário estabelecer parcerias que transmitam apoio às pessoas que vivem com o HTLV, proporcionando cuidado, segurança e carinho. A vivência do adoecimento, gerada pelo vírus HTLV, impõe mudanças e adaptações nos relacionamentos e na família, de modo a contribuir que as limitações causadas pela doença sejam superadas.

## **Discussão**

O fato do maior número de participantes possuírem idade superior a 30 anos, pode estar fortemente relacionado com o longo período de latência que a doença pode apresentar, e/ou com o fato do HTLV poder ser na maioria das vezes assintomático, o que dificulta sua detecção, uma vez que a realização do exame de sorologia, muitas vezes, fica restrita à presença de sintomatologia associada à doença.

As narrativas expressam as dúvidas e os medos acerca da doença, principalmente no momento em que a pessoa que vive com o HTLV recebe o diagnóstico. Sabe-se que as doenças crônicas implicam uma ruptura do modo de vida, provocando, muitas vezes, alterações psicológicas e comportamentais, exigindo do indivíduo uma atitude de repensar em seus hábitos e como enfrentar essa nova realidade (ARAÚJO, 2004).

Embora o sentir-se doente apareça através dos sinais e sintomas que o corpo expressa, passando a se tornar significativo e possibilitando a consciência dessas manifestações (SILVA, 2001), alguns discursos mostraram que, mesmo na ausência de sintomas, a forte influência biopsicossocial da doença faz com que a pessoa, que convive com o HTLV, sintá-se doente.

O enfrentamento da doença e a incorporação da mesma ao processo de viver, são questões que normalmente geram ansiedade e sofrimento. Em alguns relatos a doença foi retratada a partir de sentimentos negativos, através da qual houve mudanças

significativas. Deste modo, referem-se ao diagnóstico como uma coisa ruim, horrível e triste, ficando expresso que a infecção pelo HTLV acarreta mudanças no cotidiano destes sujeitos (VIEIRA; PADILHA; SANTOS, 2009).

Além disso, a experiência da enfermidade para qualquer pessoa se constitui em uma situação-problema e, por revelar a necessidade de novos conhecimentos, faz com que a pessoa passe por um processo reflexivo (NABAO; MARUYAMA, 2009).

A descoberta do adoecimento, em si, já gera muito desconforto e medo ao portador, e o sentimento de não aceitação expresso pelo parceiro, só gera mais sofrimento e isolamento para o indivíduo que possui a doença (MONTEIRO et al., 2008). Tal afirmativa é evidenciada nas narrativas dos desenhos-estórias 07, 08, 09, 10 e 11. Muitas vezes, a falta de conhecimento sobre a doença pode se constituir num importante fator para a não aceitação do parceiro, associado a isso, pode-se somar o estigma que as DST's possuem, frente à população, gerando mais isolamento e sentimentos de vergonha aos seus portadores.

O sofrimento emocional causado pelo adoecimento repercute, na maioria das vezes, em uma intensa sensação de desalojamento que demanda a necessidade de um ambiente protetor que possa proporcionar estabilidade e acolhimento, sendo compreensivo, na medida em que se propõe à escuta desse sofrimento (BARBOSA; FRANCISCO; EFKEN, 2008). Destarte, ao adoecer, o indivíduo não necessita apenas de médicos que avaliem os seus sintomas, mas necessita, também, de suporte emocional para o seu reequilíbrio frente a novos sentimentos despertados pelo sofrimento (MACIEIRA, 2001).

Percebeu-se assim, que as pessoas que vivem com o HTLV apresentam sentimentos e emoções que canalizam o sofrimento e os impactos vivenciados no dia a dia do viver com o HTLV e, muitas vezes, esses sujeitos interiorizam esses elementos, causando-lhes uma vivência sofrida e árdua. Assim, compreender a subjetividade que envolve a fala dos entrevistados é condição *sine qua non* para a

análise da vivência das pessoas que vivem com o HTLV, em todos os seus contextos.

Para compreender a experiência do adoecimento e a busca por cuidado, faz-se necessário compreender o seu cotidiano, pois é nesse viver diário, sendo percebido como banal e insignificante, marcado por um tempo cíclico de repetições e permanências, que os indivíduos vivenciam o adoecer (FARIA; BELLATO, 2009).

A partir das histórias narradas pelas pessoas que vivem com o HTLV, percebeu-se que a presença do vírus pode trazer mudanças imensuráveis na vida desses sujeitos. Essas mudanças podem afetar as relações afetivas e sociais, podendo gerar sentimentos negativos e sofrimento.

Este estudo permitiu identificar que o dia-a-dia desses sujeitos antes da descoberta da doença era marcado por melhores relações afetivas e sociais, e o vírus que trouxe a vivência do adoecimento como um elemento que se encontra presente. O enfrentamento da nova situação – viver com o HTLV – requer remodelações psicológicas, emocionais e espirituais, para que a rotina diária não seja negativamente modificada (BASTOS; RIVEMALES, 2011).

## **Considerações Finais**

Para compreender a complexidade que envolve o viver com o HTLV, faz-se necessário conhecer a pluralidade de elementos que caracterizam as identidades dos sujeitos envolvidos, considerando os fatores sociais e culturais em que estes sujeitos estão inseridos. Também é preciso entender que o HTLV é um vírus sexualmente transmissível, que possui associado a sua infecção, a possibilidade do surgimento de outras doenças, as quais podem trazer danos irreversíveis à vida e a sexualidade de homens e mulheres soropositivos para este vírus.

As representações associadas à vivência do adoecer crônico só reforçam a necessidade do reconhecimento das

individualidades e respeito das mesmas. O estímulo ao apoio social e familiar é também de extrema importância para o enfrentamento da doença pelos soropositivos, visto o grande momento de fragilidade gerado com a descoberta da doença, além da necessidade de estímulo, compreensão e carinho, que sem dúvidas promovem uma maior aceitação e adaptação deste indivíduo ao adoecimento crônico.

Estudar o HTLV é um grande desafio, haja vista, as poucas publicações existentes sobre a doença, na área da enfermagem, além da subnotificação existente sobre a doença. Porém é de suma importância a inserção de estudos da enfermagem na área, uma vez que este profissional, em sua prática, deve estar apto a conhecer a doença, bem como entender os enlaces que envolvem o ser acometido pelo HTLV, no que diz respeito a vivência do adoecimento crônico e suas representações.

A realização de outros estudos que também explorem as necessidades dos indivíduos que vivem com o HTLV, é de suma importância vista a complexidade da doença e suas diferentes conotações para os indivíduos. Neste sentido, a enfermagem deve estar inserida, uma vez que representa uma área que contempla no seu objeto cuidar, a valorização da subjetividade humana.

## Referências

ARAÚJO, E. S. A. Hepatite C. In: CIMERMAN, S.; CIMERMAN, B. **Condutas em infectologia**. São Paulo, SP: Atheneu, 2004, p.113-121.

BARBOSA, L. N. F.; FRANCISCO, A. L.; EFKEN, K. H. Morte e vida: a dialética humana. **Aletheia**, v. 28, p. 32-44, 2008. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n28/n28a04.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2011.



BASTOS, A. Q.; RIVEMALES, M. C. C. **Vivência da enfermidade e sexualidade de homens que vivem com o HTLV 1/2**. Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Santo Antônio de Jesus, Bahia, 2011.

BRASIL, M. S. **Guia do manejo clínico do HTLV**. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids, 2004.

CARNEIRO-PROIETTI, A. B. F. et al. Infecção e doença pelos vírus linfotrópicos humanos de células T (HTLV-I/II) no Brasil. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, v. 35, n. 5, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v35n5/13170.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2011.

FARIA, A. P. S.; BELLATO, R. A. Vida cotidiana de quem vivencia a condição crônica do diabetes mellitus. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 43, n. 04, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reesp/v43n4/a03v43n4.pdf>>. Acesso em: 27 ago. 2011.

FIGUEIRÓ-FILHO, E. A. et al. Infecção pelo vírus linfotrópico de células T humanas e transmissão vertical em gestantes de estado da Região Centro Oeste do Brasil. **Rev. Bras Ginecol Obstet**, v. 27, n.12, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v27n12/a03v2712.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2011.

LINS, R. M. V. D. **Soroprevalência do HTLV-I/II em comunidades indígenas do estado do Amazonas**. Dissertação (Mestrado em Doenças Tropicais e Infecciosas). Fundação de Medicina Tropical do Amazonas. Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, 2004.

MACIEIRA, R. C. **O sentido da vida na experiência de morte: uma visão transpessoal em psico-oncologia.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

MONTEIRO, C. F. S. et al. A Vivência Familiar diante do Adoecimento e Tratamento de Crianças e Adolescentes com Leucemia Linfóide Aguda. **Cogitare Enferm.**, v. 13, n. 04, 2008. Disponível em: <[ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/download/13104/8863](http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/download/13104/8863)>. Acesso em: 27 ago. 2011.

NABAO, F. R; MARUYAMA, S. A. T. A experiência da enfermidade e o itinerário terapêutico vivenciado por uma pessoa com infarto. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 11, n. 01, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/pdf/v11n1a13.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2011.

SILVA, D. M. G. V. **Narrativas do viver com diabetes mellitus: experiências pessoais e culturais.** Florianópolis: UFSC. 2001.

VIEIRA, M; PADILHA, M. I; SANTOS, E. K. A. Histórias de Vida – Mãe e Filho Soropositivo para o HIV. **Texto Contexto Enferm.**, v. 18, n. 01, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072009000100004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072009000100004&script=sci_arttext)>. Acesso em: 21 ago. 2011.

# **MALOCCLUSÃO NA PRIMEIRA INFÂNCIA: fatores associados**

*Suelyly Pinto Teixeira de Moraes*

A promoção de saúde bucal está inserida num conceito amplo de saúde que transcende a dimensão meramente técnica do setor odontológico, integrando a saúde bucal às demais práticas de saúde coletiva. As novas diretrizes da política nacional de saúde apontam para uma reorganização da saúde bucal em todos os níveis de atenção, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo, respondendo a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco (BRASIL, 2004).

Com o objetivo de superar o modelo biomédico de atenção às doenças, propõem-se duas formas de inserção transversal da saúde bucal, nos diferentes programas integrais de saúde: por linhas de cuidado e por condição de vida. A linha do cuidado prevê o reconhecimento de especificidades próprias da idade, dentre elas, a saúde da criança.

Dessa maneira, dentro da linha de cuidado com o foco na saúde da criança, a odontologia deve agregar as mais diversas áreas de conhecimento científico e integrar profissionais envolvidos com o crescimento e o desenvolvimento normal da criança, com o objetivo de permitir que o futuro adolescente e adulto, tenha um aparelho mastigatório equilibrado e harmonia facial, o que irá colaborar para que alcance o estado de saúde plena.

Com a diminuição da doença cárie entre as crianças em muitos países, incluindo o Brasil, outros problemas de saúde bucal,

como a maloclusão, por sua alta prevalência e incidência e o seu caráter de aparecimento precoce, tornaram-se importantes questões de saúde pública. As maloclusões segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), ocupam o terceiro lugar como problema de saúde bucal, sendo a doença cárie e periodontal, a primeira e a segunda respectivamente (WHO, 1987).

Na literatura, há controvérsias sobre as principais causas da maloclusão na dentição decídua e se, estas predizem ou não a maloclusão na dentição permanente. Estudos antropológicos que investigam as causas da maloclusão, demonstraram que as condições ambientais são a principal explicação para as alterações observadas nos padrões oclusais da população. Entre estas condições ambientais, é evidente o papel dos hábitos alimentares, incluindo a tendência nas últimas décadas de se utilizar alimentos com uma textura mais suave e que exigem menos força de mastigação, hábitos de sucção como a utilização de chupetas, uso de mamadeira e o desmame precoce.

Embora essas condições sejam potenciais fatores causais para maloclusão, pouco se sabe sobre os efeitos da hora de início, duração e cessação destes riscos e suas combinações possíveis. Sabe-se que a alimentação possui uma forte influência sobre a saúde imediata e futura da criança, e que uma prática alimentar adequada desde o nascimento, tem também o potencial de assegurar uma dentição saudável por toda a vida. Destaca-se entre os bons hábitos alimentares a amamentação que apresenta dentre outras inúmeras vantagens, benefícios morfofuncionais, refletem diretamente no desenvolvimento motor oral, craniofacial e no crescimento ósseo (KÖHLER, 2000; CARVALHO, 2003; NEIVA et al., 2003).

## **Maloclusão**

A oclusão expressa a relação que os dentes superiores e inferiores guardam entre si, com os ossos da face e com as demais

estruturas do sistema estomatognático, tanto em repouso quanto em função e pode ser classificada em normal ou patológica. Uma oclusão será normal, se mesmo não possuindo todas as características da oclusão ideal, se apresentar uma distribuição dentária em harmonia com o sistema ósseo e muscular da face, sem alterações na estética e/ou função. Já a oclusão patológica, denominada maloclusão, é caracterizada pela presença de desvios de diferentes naturezas. Quando os desvios são no alinhamento dentário, é chamada maloclusão dentária e, quando estes desvios ocorrem na relação entre os arcos dentários e/ou nos ossos basais maxilares, é denominada maloclusão esquelética (SVEDSTOM-ORIOSTO et al., 2000).

As maloclusões tem aparecimento precoce e tornaram-se importantes questões de saúde pública e, isto é tão mais importante quando se sabe que os problemas oclusais, podem ocasionar alterações nas funções de fonação e mastigação, desgastes dentários, alterações nos tecidos de suporte dos dentes ou mesmo dores musculares, além de modificações estéticas que podem afetar a adaptação de um indivíduo à vida, especialmente em se tratando de crianças (TOMITA; BIJELLA; FRANCO, 2000; SPILÄ et al., 2002). Ademais, as maloclusões na dentição decídua apresentam alta prevalência e, uma vez presentes em fase precoce tendem a se agravar na dentição mista e permanente (CAVALCANTI; BEZERRA; MOURA, 2007).

Os resultados do levantamento de saúde bucal realizado em 2003 (BRASIL, 2004), mostrou que cerca de 22,0% das crianças de cinco anos de idade apresentaram maloclusão leve, e 14,5% maloclusão moderada ou grave. Já no Nordeste, este percentual foi mais elevado: 22,7% das crianças nesta faixa etária eram portadoras de maloclusão leve e 17,4% de maloclusão moderada ou grave. Em Salvador, Bahia, o inquérito epidemiológico concluído em 2005, com a mesma metodologia do levantamento nacional, demonstrou que 24,9% das crianças de cinco anos possuíam maloclusão leve e 12,7% maloclusão moderada ou grave (SALVADOR, 2006).

A prevalência da maloclusão na dentição decídua é muito alta, revisão da literatura nos últimos dez anos, período de 2005 a 2014, indica uma variação de 36 a 95%, com média de 69% das crianças estudadas apresentando algum tipo de maloclusão. Foram encontradas prevalências de 75,5% (BIÁZIO; COSTA; ; VIRGENS, 2005); 71,4% (THOMAZ; VALENÇA, 2005); 50,0% (OLIVEIRA; SOUZA; CHIAPETTA, 2006); 74,4% (SOUZA; VALE; PACHECO, 2006); 64,4% (PERES et al., 2007); 87% (LEITE-CAVALCANTI et al., 2007); 50% (GIMENEZ et al., 2008); 92,6% (MENDES; VALENÇA; LIMA, 2008); 95,7% (ROCHELLE et al., 2010); (MASSUIA; CARVALHO; MATSUO, 2011); 36,0% (ALMEIDA et al., 2012); 53,2% 87,4% (BOECK et al., 2013); 41,7% (CAMPOS et al., 2013); 54,0% (MOIMAZ et al., 2013); 57,8% (MORAIS; MOTA; AMORIM, 2014).

### **Fatores associados à maloclusão**

Por muitos anos (1920-1940), predominou o conceito de que os componentes genéticos eram responsáveis, em primeira instância, pelos problemas oclusais existentes nas populações. Entre 1940 a 1960, deu-se ênfase à pesquisa com animais de experimentação em um esforço para se descobrir os reais mecanismos do crescimento facial (BAUME, 1960). Conceitualmente, ortodontistas atentaram para o fato de haver muito mais variação na região facial do que seria esperado se o crescimento fosse somente determinado geneticamente, sendo assim os conceitos de função e adaptação às funções alteradas foram ressaltados.

Finalmente, no início dos anos 60, uma visão alternativa aos clássicos conceitos genéticos foi formalizada, despontando a “Teoria da Matriz Funcional” proposta por Moss (1997). De acordo com Moss, o crescimento e a forma de todos os tecidos esqueléticos, incluindo ossos e unidades esqueléticos maiores na região crânio facial, não são geneticamente determinados,

melhor, eles resultam das demandas funcionais e fenômenos biofísicos que fazem parte do ambiente epigenético. As funções digestivas, respiratórias, visuais, olfatórias, auditivas, bem como as relacionadas com a fala e equilíbrio, e até as cavidades aéreas são as matrizes primordialmente responsáveis pelo crescimento do complexo ósseo craniofacial, entretanto, a hipótese funcional não exclui a possível influência de fatores genéticos no crescimento e forma do esqueleto crânio facial. Dificilmente as características morfológicas individuais do processo craniofacial de um indivíduo, são determinadas apenas por fatores genéticos ou apenas por fatores ambientais. Na verdade, o fenótipo de um organismo é o resultado da interação entre os fatores genéticos e ambientais e, quando ocorre alteração em um deles, inevitavelmente observa-se alteração no outro (PLANAS, 1997).

Diferentes fatores são associados à ocorrência das maloclusões, os quais podem ser agrupados em primários e secundários. Dentre os primários destacam-se a hereditariedade e alterações congênitas e, os secundários são constituídos pelos ambientais e comportamentais. Entre as crianças com dentição decídua, diferentes causas comportamentais são associados à ocorrência das maloclusões, como os hábitos bucais deletérios de sucção digital e de chupeta, socioeconômicos, características antropométricas e nutricionais, hábitos alimentares, uso de mamadeira, alteração no padrão alimentar, desmame precoce, dentre outros (PERES et al., 2002; TOMITA et al., 2000).

Os hábitos de sucção de chupeta e dedo e o uso de mamadeira, são reconhecidos como importantes fatores causais de problemas oclusais, principalmente se persistirem após os três anos de idade, são de fácil aquisição e tendem a perdurar, principalmente em crianças que não receberam, ou mesmo obtiveram de forma insatisfatória amamentação nos seis primeiros meses de vida. Por sua vez, estes hábitos podem ser influenciados por fatores sociais, como emprego da mãe, tempo que a criança permanece na escola, renda familiar e algumas doenças respiratórias (TOMITA et al., 2000).

Quando a criança persiste no hábito, com o uso de chupetas, sucção digital e mamadeiras, o palato é deslocado para cima, o assoalho da cavidade nasal se eleva, com diminuição do tamanho do espaço reservado para a passagem do ar, prejudicando a respiração nasal. O desmame precoce pode levar à ruptura do desenvolvimento motor oral adequado, podendo prejudicar as funções de mastigação, deglutição, respiração e articulação dos sons da fala, ocasionar maloclusão dentária, respiração bucal e alteração motora oral (NEIVA et al., 2003).

Alguns estudos epidemiológicos apontam a amamentação como fator protetor para os problemas oclusais. Enquanto alguns estudos sustentam que crianças expostas à amamentação por períodos prolongados apresentam menor chance de desenvolver problemas oclusais, principalmente na dentição decídua, outros estudos sugerem não haver esta associação. A literatura além de conflitante no que diz respeito à relação existente entre o tipo de aleitamento, os hábitos de sucção não nutritivos e as maloclusões é também relativamente escassa. Ademais, os resultados de pesquisa sobre maloclusões nesta dentição tornam-se de difícil comparação, haja vista a grande variação nos critérios adotados, nos níveis de gravidade destas patologias, além das diferenças entre os grupos quanto à idade, gênero e etnia.

### **Práticas alimentares, hábitos de sucção e maloclusão**

A Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde recomendam aleitamento materno exclusivo (AME), por seis meses e complementado até os dois anos ou mais, pois, já está devidamente comprovada, por estudos científicos, a superioridade do leite materno sobre os leites de outras espécies. São vários os argumentos em favor do aleitamento materno: evita mortes infantis, diarréia e infecção respiratória; diminui o risco de alergias; diminui o risco de hipertensão, colesterol alto e diabetes; reduz a chance de



obesidade; melhor nutrição; efeito positivo na inteligência e melhor desenvolvimento da cavidade bucal. Na mulher, aumenta a proteção contra câncer de mama e evita nova gravidez; promove o vínculo afetivo entre mãe e filho; com menores custos financeiros e melhor qualidade de vida (BRASIL, 2009).

Apesar de todas as evidências científicas provando a superioridade da amamentação sobre outras formas de alimentar a criança pequena, e apesar dos esforços de diversos organismos nacionais e internacionais, a prevalência de aleitamento materno no Brasil, em especial a de amamentação exclusiva, está bastante aquém do cumprimento das metas propostas pela OMS e MS, de aleitamento materno exclusivo até o sexto mês e manutenção da amamentação complementada até o segundo ano de vida ou mais.

Com o objetivo de estimar a prevalência do aleitamento materno e do aleitamento exclusivo no Brasil, foram feitas pesquisas nos anos de 1999 (BRASIL, 2000) e 2008 (BRASIL, 2009) e, quando comparadas, constatou-se aumento da prevalência de AME em menores de quatro meses no conjunto das capitais brasileiras e Distrito Federal, de 35,5%, em 1999, para 51,2%, em 2008. A comparação entre as regiões apontou aumentos mais expressivos nas regiões Sudeste, Norte e Centro-Oeste. A comparação do percentual de crianças entre 9 e 12 meses amamentadas, entre 1999 e 2008, também mostrou aumento no conjunto das capitais brasileiras e DF, passando de 42,4%, em 1999, para 58,7%, em 2008. Verificou-se maior frequência do AME no sexo feminino e na região Norte do país; observou-se uma tendência crescente da prevalência do AME com o aumento da escolaridade materna; sendo que a maior frequência de AME foi identificada nas mulheres entre 20 e 35 anos. Constatou-se ainda introdução precoce de água, chá e outros leites com 13,8%, 15,3% e 17,8% das crianças recebendo esses líquidos, respectivamente, já no primeiro mês de vida.

A pesquisa nacional sobre aleitamento materno verificou também que, para o total das crianças menores de 12 meses analisadas, foi frequente o uso de mamadeira (58,4%) e de chupeta

(42,6%). O uso de mamadeira foi mais frequente na região Sudeste (63,8%) e menos frequente na região Norte (50,0%). As diferenças entre as regiões foram maiores em relação ao uso de chupeta, com a região Sul apresentando o dobro da prevalência quando comparada com a região Norte, 53,7% e 25,5%, respectivamente (BRASIL, 2009).

Além de todas as vantagens, já bastante conhecidas do leite materno, a literatura tem apontado a importância da sucção durante a amamentação na promoção e no desenvolvimento adequado dos órgãos fonoarticulatórios, quanto à mobilidade, força, postura, e o desenvolvimento das funções de respiração, mastigação, deglutição e articulação dos sons da fala. Desta forma, reduz a presença de hábitos de sucção não nutritivos e de várias patologias.

A sucção no seio materno gera movimentos rítmicos de elevação, rebaixamento, anteriorização e posteriorização da mandíbula, produzindo mudanças sequenciais na posição da língua, em coordenação com as contrações de sucção, proporcionando vedamento labial, levando a um padrão correto de respiração nasal e estimulando o crescimento mandibular, corrigindo assim, o posicionamento da mandíbula que, ao nascer, está retroposicionada com relação à maxila (KÖHLER, 2000; CARVALHO, 2003).

Além desses aspectos, ressalta-se que o desenvolvimento motor oral reflete no desenvolvimento craniofacial, no crescimento ósseo e na dentição. Os dentes e demais estruturas sofrem pressões de forças provenientes da musculatura da face e da língua durante as funções de sucção, mastigação, deglutição, respiração e articulação dos sons, indicando estreita relação entre o desenvolvimento da dentição e a atividade muscular. Estas forças musculares, quando adequadas, promovem uma ação modeladora, entretanto, em condições inadequadas, podem conduzir a alterações anatômicas e funcionais indesejáveis, as maloclusões (NEIVA et al., 2003).

Assim sendo, a função de sucção no seio por meio da amamentação, desempenha papel importante no processo de

amadurecimento da função oral, estimulando a tonicidade muscular e desenvolvimento da articulação têmporo mandibular, durante o período em que ainda não ocorreu a erupção dentária. O aleitamento é tido como fator decisivo para a correta maturação e crescimento das estruturas do sistema estomatognático, estimulando o desenvolvimento das funções fisiológicas e garantindo sobrevivência e qualidade de vida (CARVALHO, 2003; NEIVA et al., 2003).

Alguns pesquisadores fizeram avaliação eletromiográfica, com eletrodos de captação de superfície dos músculos masseter, temporal e bucinador de lactentes em situação de aleitamento materno e aleitamento artificial, e verificaram melhores resultados tanto na amplitude, quanto na média de contração do músculo masseter no grupo de aleitamento materno, em relação ao grupo de aleitamento por mamadeira. No que se refere ao músculo temporal, há maior amplitude do grupo de aleitamento materno e na média de contração do grupo de aleitamento por copo, quando comparados ao grupo de aleitamento por mamadeira. Observou-se contração maior do músculo bucinador no grupo de aleitamento por mamadeira, comparado ao grupo com aleitamento materno e, esta hiperfunção do músculo bucinador, pode resultar em alterações motoras orais (GOMES et al., 2006).

Assim, a mamadeira propicia o trabalho apenas dos músculos bucinadores e do orbicular da boca, deixando de estimular outros músculos, tais como pterigóideo lateral, pterigóideo medial, masseter, temporal, digástrico, geniiohióideo e miloiohióideo. O excessivo trabalho muscular dos bucinadores e orbiculares pode influenciar no crescimento craniofacial, levando a arcadas estreitas e falta de espaço para dentes e língua. Induz, ainda, disfunções na mastigação, deglutição e articulação dos sons da fala, conduzindo a alterações de mordida e maloclusões. Também a sucção do bico de borracha não requer os movimentos de protrusão e retração da mandíbula, que são importantes para o correto crescimento mandibular (CARVALHO, 2003).

Salientamos que o desenvolvimento motor oral adequado também influencia a evolução nutricional do recém-nascido, permitindo a adequada transição alimentar, de modo que a criança tenha condições de receber os alimentos certos na idade adequada, garantindo que a mobilidade e a força da musculatura possam evoluir adequadamente.

A revisão de artigos publicados nos últimos dez anos (2005-2014) sobre as práticas alimentares na primeira infância e sua relação com a instalação de hábitos de sucção e maloclusão na dentição decídua, revela que a duração insuficiente do aleitamento materno, ou seja, o desmame precoce está associado à presença de hábitos de sucção não nutritivos e, a presença destes hábitos está associada à ocorrência da maloclusão. Pesquisadores como Trawitzi et al. (2005), Bueno (2005), Rochelle (2005), Souza et al. (2006), Oliveira et al. (2006), Leite et al. (2007), Almeida et al. (2007), Furtado e Vedovello Filho (2007), Peres et al. (2007), Araújo (2007), Gimenez et al. (2008), Kobayashi et al. (2010), Albuquerque et al. (2010), Moimaz et al. (2011, 2013), Jabbar et al. (2011), Alameida et al. (2012), Morais et al. (2014), além de encontrarem associação entre amamentação e hábitos de sucção, também observaram menores percentuais de maloclusão nos pacientes que foram amamentados e, quanto maior o tempo de amamentação, menor a presença de hábitos e maloclusão.

No entanto, existem controvérsias na literatura sobre o papel protetor da amamentação com relação aos hábitos de sucção não nutritivos e as maloclusões na dentição decídua. Enquanto alguns sustentam que crianças amamentadas por períodos prolongados, apresentam menor chance de desenvolver problemas oclusais, autores como Baldrighi et al. (2001), Pereira et al. (2003), Viggiano et al. (2004), Bezerra et al. (2005) e Bortolo (2008), afirmam que não existe associação entre tipo de aleitamento ou a maneira pela qual a criança é alimentada e a presença de maloclusões, alegando que existe na verdade uma associação direta entre hábitos de sucção não nutritivos e as maloclusões.

## Considerações Finais

Ao longo dos anos, várias pesquisas buscam elucidar a etiologia dos problemas oclusais na dentição decídua, relacionando-os a fatores primários, como os hereditários e alterações congênitas, e secundárias, dentre os quais se destacam as práticas alimentares, hábitos bucais deletérios, como sucção de dedos e chupetas e uso de mamadeiras.

A alta prevalência das maloclusões na dentição decídua representa um problema de saúde bucal frequente e grave. Acomete diferentes níveis socioeconômicos, tratando-se, desta forma, de um problema no âmbito da saúde pública e que necessita de programas eficazes de prevenção e interceptação, garantindo um desenvolvimento normal a futura dentição permanente.

Sugere-se incluir medidas profiláticas e de promoção de saúde voltadas para crianças na primeira infância no planejamento e na organização dos programas e serviços públicos de saúde bucal, com uma perspectiva multiprofissional e interdisciplinar.

É necessária a implantação de medidas promocionais e preventivas de âmbito familiar que reduzam os hábitos bucais, nocivos ao desenvolvimento satisfatório da oclusão decídua e, se necessário, intervenção em idade precoce para que estas maloclusões não se instalem ou se agravem na dentição mista e permanente. Medidas interdisciplinares, focadas no estímulo ao aleitamento materno e suas vantagens com relação ao crescimento e desenvolvimento da oclusão, também devem ser promovidas.

Considerando que a mãe tem um papel fundamental nos padrões de comportamento apreendidos durante a primeira infância, ações educativas e preventivas com gestantes tornam-se fundamentais para introduzir bons hábitos desde o início da vida da criança. Em trabalho conjunto com a equipe de saúde, a gestante ao iniciar o pré-natal, deve ser encaminhada para uma consulta odontológica, onde além dos cuidados com a sua saúde bucal, deve ser ressaltada a importância de hábitos saudáveis na promoção da

saúde bucal da criança, entre eles a importância do aleitamento materno para um adequado desenvolvimento da criança e suas repercussões na saúde bucal.

De tal modo, as mães devem ser desestimuladas a introduzirem a chupeta e mamadeira, pois são estímulos neuromusculares não fisiológicos, interferem no padrão de crescimento facial, podendo levar a instalação das maloclusões. Tais recomendações, porém, nem sempre são efetivas, visto que diversos fatores influenciam atitudes comportamentais.

## Referências

ALBUQUERQUE, S. S. L. de M. et al. A influência do padrão de aleitamento no desenvolvimento de hábitos de sucção não nutritivos na primeira infância. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.2, p. 371-378, 2010.

ALMEIDA, M. E. C. et al. Influência do desmame precoce no desenvolvimento de hábitos bucais deletérios. **ConScientiae Saúde**, v. 6, n. 2, p. 227-234, 2007.

ALMEIDA, T. F. et al. Contexto familiar, má oclusão e hábitos bucais em pré-escolares residentes em áreas da Estratégia Saúde da Família em Salvador, Bahia, Brasil. **Rev. Odontol. UNESP**, v. 41 n. 4, p. 226-35, 2012.

ARAÚJO, I. M. **Influência de fatores de risco na prevalência de hábitos bucais deletérios em crianças de 0 a 5 anos na cidade de Natal-RN**. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Departamento de Odontologia. Área de concentração em Odontologia Preventiva e Social, 2007.

BALDRIGHI, S. E. Z. M. et al. A importância do aleitamento natural na prevenção de alterações miofuncionais e ortodônticas.

**Rev Dent. Press Ortodon. Ortop. Facial**, v. 6, n. 5, 2001.

Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>>. Acesso em: 4 jul. 2004.

BAUME, L. J. Physiological Tooth Migration and its Significance for the Development of Occlusion. The biogenetic couce of the deciduos dentitions. **J. Dent. Rev.**, v. 29 n. 2, p. 123-32, 1950.

BEZERRA, P. K. M. et al. Maloclusões, tipo de aleitamento e hábitos bucais deletérios em pré-escolares - um estudo de associação. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 5, n. 3, p. 267-274, 2005.

BIÁZIO, R. C. de; COSTA, G. C; VIRGENS, J. S. das F. Prevalência de má-oclusão na dentadura decídua e mista no Distrito de Entre Rios, Guarapuava-PR. **Publ. UEPG Ci. Biol. Saúde**, v. 11, n.1, p. 29-38, 2005.

BOECK, E. M. et al. Prevalência de má oclusão em crianças de 3 a 6 anos portadoras de hábito de sucção de dedo e/ou chupeta. **Rev. Odontol. UNESP**, v. 42, n. 2, p. 110-6, 2013.

BORTOLO, L. F. **Prevalência de oclusopatias em crianças de 6-7 anos e sua relação com o aleitamento materno e classe social**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, 2008.

BRASIL. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, 2009.

BRASIL. **Projeto SB Brasil 2003**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, Coordenação Nacional de Saúde Bucal, 2004.

BRASIL. **Projeto SB Brasil 2010**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, Coordenação Nacional de Saúde Bucal, 2010.

BUENO, S. B. **Aleitamento materno e desenvolvimento do sistema estomatognático**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba-SP, 2005.

CAMPOS, F. L. et al. A má oclusão e sua associação com variáveis socioeconômicas, hábitos e cuidados em crianças de cinco anos de idade. **Rev. Odontol. UNESP**, v. 42, n. 3, p. 160-166, 2013.

CARVALHO, G. D. S. O. S. **Respirador Bucal - Uma visão funcional e clínica da amamentação**. 1. ed. São Paulo: Lovise. 2003.

CAVALCANTI, A. L.; BEZERRA, P. K. M.; MOURA, C. Aleitamento Natural, Aleitamento Artificial, Hábitos de Sucção e Maloclusões em Pré-escolares Brasileiros. **Rev. Salud Pública**, v. 9, n. 2, p. 194-204, 2007.

FURTADO, M. A. N.; VEDOVELLO, F. M. A influência do período de aleitamento materno na instalação dos hábitos de sucção não nutritivos e na ocorrência de maloclusão na dentição decídua. **RGO**, v. 55, n. 4, p. 335-341, 2007.

GIMENEZ, C. M. M. et al. Prevalência de más oclusões na primeira infância e sua relação com as formas de aleitamento e hábitos infantis. **Rev. Dental Press Ortodon. Ortop. Facial**, v. 13, n. 2, p. 70-83, 2008.

GOMES, C. F. et al. Surface electromyography of facial muscles during natural and artificial feeding of infants. **J. Pediatr.**, v. 82, p. 103-109, 2006.



JABBAR, N. S. A. et al. Bottle feeding, increased overjet and Class 2 primary canine relationship: is there any association? **Braz. Oral Res.**, v. 25, n. 4, p. 331-7, 2011.

KOBAYASHI, H. M. et al. Relationship between breastfeeding duration and prevalence of posterior crossbite in the deciduous dentition. **Am. J. Orthod. Dentofacial Orthop.**, v. 137, n. 1, p. 54-8, 2010.

KÖHLER, N. R. W. Distúrbios miofuncionais: considerações sobre seus fatores etiológicos e conseqüências sobre o processo de crescimento/desenvolvimento da face. **Rev. Dent. Press Ortodont. Ortop. Fac.** v. 5, n. 3, p. 66-79, 2000.

LEITE, C. A.; MEDEIROS, B. P.; MOURA, C. Aleitamento Natural, Aleitamento Artificial, Hábitos de Sucção e Maloclusões em Pré-escolares Brasileiros. **Rev. salud. pública**, v. 9, n. 2, p. 194-204, 2007.

MASSUIA, J. M; CARVALHO, W. O; MATSUO, T. Má oclusão, hábitos bucais e aleitamento materno: estudo de base populacional em um município de pequeno porte. **Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr**, v. 11, n. 3, p. 451-57, 2011.

MENDES, A. C. R.; VALENÇA, A. M. G.; LIMA, C. C. M. Associação entre aleitamento, hábitos de sucção não nutritivos e maloclusões em crianças de 3 a 5 anos. **Cienc. Odontol. Bras.**, v.11, n. 1, p. 67-75, 2008.

MOIMAZ, S. A. S. et al. O. A influência da prática do aleitamento materno na aquisição de hábitos de sucção não nutritivos e prevenção de oclusopatias. **Rev. Odontol. UNESP**, v. 42, n. 1, 31-6, 2013.

MOIMAZ, S. A. S. et al. Relação entre aleitamento materno e hábitos de sucção não nutritivos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 5, p. 2477-2484, 2011.

MORAIS, S. P. T. de; MOTA, E. A.; AMORIM, L. D. Fatores associados à incidência de maloclusão na dentição decídua em crianças de uma coorte hospitalar pública do nordeste brasileiro. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 14, n. 4, p. 371-382, 2014.

MOSS, M. L. The functional matrix hypothesis revisited. 1. The role of mechanotransduction. **Am. J. Orthd. Dentof. Orthop.**, v. 122, n. 1, p. 8-11, 1997.

\_\_\_\_\_. The functional matrix hypothesis revisited. 2. The role of an osseous connected cellular network. **Am. J. Orthd. Dentof. Orthop.**, v. 122, n. 2, p. 221-225, 1997.

NEIVA, F. C. B. et al. Desmame precoce: implicações para o desenvolvimento motor-oral. **J. Pediatr.**, v. 79, n. 1, p. 7-12, 2003.

OLIVEIRA, A. B.; SOUZA, F. P.; CHIAPPETTA, A. L. de M. L. Relação entre hábitos de sucção não nutritiva, tipo de aleitamento e má oclusões em crianças com dentição decídua. **Rev. CEFAC**, v. 8, n. 3, 352-359, 2006.

PEREIRA, L. T. et al. Avaliação da associação do período de amamentação e hábitos bucais com a instalação de más oclusões. **RGO**, v. 51, n. 4, p. 203-9, 2003.

PERES, K. G. et al. Effects of breastfeeding and sucking habits on malocclusion in a birth cohort study. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n. 3, p. 343-50, 2007.

PERES, M. A. **Oclusopatias na dentição decídua: acúmulo de riscos do nascimento à primeira infância.** Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

PLANAS, P. **Reabilitação neuroclusal**. 2. ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1997.

ROCHELLE, I. M. F. et al. Amamentação, hábitos bucais deletérios e oclusopatias em crianças de cinco anos de idade em São Pedro, SP. **Dental Press J. Orthod.**, v. 15, n. 2, p. 71-81, 2010.

ROCHELLE, I. M. F. **Amamentação, hábitos deletérios bucais e o equilíbrio funcional da oclusão decídua**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba-SP, 2005.

SALVADOR (Município). **Inquérito Epidemiológico em Saúde Bucal, Salvador-Ba, 2005**. Resultados Principais. Salvador, BA: Secretaria Municipal de Saúde, 2006.

SOUZA, D. F. R. K. de; VALLE, M. A. S. do; PACHECO, M. C. T. Relação clínica entre hábitos de sucção, má oclusão, aleitamento e grau de informação prévia das mães. **R. Dental Press Ortodon. Ortop. Facial**, v. 11, n. 6, p. 81-90, 2006.

SPILÁ, K. et al. Temporomandibular disorders, occlusion, and neck pain in subjects with facial pain: a case-control study. **The Journal of Craniomandibular Practice**, v. 20, n. 3, 2002.

SVEDSTROM-ORIOSTO, A. L. et al. Outlining the morphological characteristics of acceptable occlusion. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, v. 28, n. 1, p. 35-41, 2000.

THOMAZ, E. B. A. F.; VALENÇA, A. M. G. Prevalência de má-oclusão e fatores relacionados à sua ocorrência em pré-escolares da cidade de São Luís – MA – Brasil. **RPG Rev. Pós Grad**, v. 12, n. 2, p. 212-221, 2005.

TOMITA, N. E.; BIJELLA, V. T.; FRANCO, L. J. Relação entre hábitos bucais e má-oclusões em pré-escolares. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 3, p. 299-303, 2000.

TRAWITZKI L, V. V. et al. Aleitamento e hábitos orais deletérios em respiradores orais e nasais. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, v. 71, n. 6, 2005.

VIGGIANO, D. et al. Breast feeding, bottle feeding, and non-nutritive sucking; effects on occlusion in deciduous dentition. **Arch. Dis. Child.**, v. 89, p.1121-1123, 2004.

WHO (World Health Organization). **Oral health surveys: basic methods**. 3. ed. Geneva: ORH/EPID, 1987.

# **PRÁTICAS DE CUIDADOS DOMICILIARES: estudo de caso com famílias de portadores de hipertensão arterial sistêmica**

*Livia Moreira de Souza Cedraz  
Jeane Saskya Campos Tavares*

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial assintomática caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Frequentemente associada a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais, sendo assim, considerado um problema de saúde pública (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010; BRASIL, 2001). No Brasil, em 2014, a frequência de diagnóstico médico prévio de hipertensão arterial foi de 24,1%, sendo maior em mulheres (26,3%) que em homens (21,5%). Diagnósticos também aumentaram com o aumento da idade e foi maior entre os indivíduos com menor nível de escolaridade (0 a 8 anos de escolaridade) (BRASIL, 2014).

O governo brasileiro vem investindo em ações e programas voltados para a prevenção e tratamento da HAS. Os programas voltados para o tratamento que incluem distribuição gratuita de medicamentos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e pelo “Aqui Tem Farmácia Popular”, assim como visam cadastrar e acompanhar pessoas com Diabetes e Hipertensão (HIPERDIA) nas Unidades de Saúde da Família (USF) e desenvolver atividades para esses indivíduos (BRASIL, 2011; LEITE; VASCONCELOS, 2006). Contudo, a despeito dos esforços empreendidos os investimentos

ainda são considerados insuficientes quando analisado o aumento na incidência da HAS.

Em relação aos fatores etiológicos, destacam-se a predisposição genética para HAS aliada aos fatores biopsicossociais tais como: obesidade, tabagismo, inatividade física, diabetes mellitus, histórico familiar de doença cardiovascular, idade de risco, LDL colesterol aumentado e HDL colesterol reduzido, etc. Considerando a contribuição destes últimos, modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Por sua complexidade, o tratamento da HAS deve ser individualizado e respeitar: idade do paciente, presença de outras doenças, estado mental do paciente, uso de outras medicações, dependência de álcool e/ou drogas, cooperação do paciente e restrições financeiras (BRASIL, 2001). Para tanto, existem, basicamente, duas abordagens terapêuticas, sendo elas: a) tratamento não medicamentoso, baseado na modificação do estilo de vida, principalmente adotando hábitos saudáveis e, b) o tratamento medicamentoso, em que se faz uso de fármacos para controle dos níveis pressóricos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Ambas as modalidades de tratamento são mediadas por diferentes fatores socioculturais, pois, longe de ser privilégio das ciências biomédicas, os tratamentos das doenças são construções individuais e sociais que fazem parte da vida cotidiana em qualquer sociedade (LEITE; VASCONCELOS, 2006). Entre estes fatores localizam-se as redes sociais formais de cuidados com a saúde (instituições especializadas que envolvem profissionais de saúde) e as informais (família e comunidade) que podem favorecer ou agravar o quadro clínico dos doentes na dimensão individual e/ou coletiva (SERAPIONI, 2005).

Segundo Serapioni (2005), a família destaca-se entre as redes informais desempenhando um papel importante na provisão

de cuidados domiciliares para seus membros. Por estar no centro das funções do cuidado, em que grande parte deste acontece no lar, a família faz parte do primeiro nível de atenção à saúde. Neste estudo, consideramos como práticas de cuidados toda informação, manifestação de afeto, auxílio material e/ou de serviços, oferecidos pelos familiares à pessoa que desenvolve HAS.

Como enfatiza Araújo et al. (2009) o tratamento de doenças crônicas geralmente é prolongado, complexo e exige cuidados constantes em relação à terapêutica em si e aos determinantes que possam agravar o estado de saúde. Neste contexto, a família precisa estar inserida no processo do cuidar, necessita conhecer a patologia, suas manifestações e implicações, além de ter a sua habilidade de cuidar estimulada. Assim, a família poderá desenvolver um cuidado cotidiano de qualidade e com autonomia, prevenindo recidivas e agravos à saúde do doente crônico.

Para o manejo adequado da doença, a família deve estar presente, principalmente ao orientar e regular o paciente sobre os fatores não genéticos (ARAÚJO et al., 2009). Dentre esses fatores, os mais comuns são os “problemas emocionais”, sendo este o principal fator de descontrole da doença, então um ambiente familiar favorável é o ideal para esses pacientes.

Para Andrade et al. (2002), a HAS destaca-se no contexto familiar como uma experiência de difícil adaptação, pois para seu controle são necessárias mudanças de comportamento que vão desde os hábitos alimentares, até o estilo de vida não só pessoa com HAS, como de toda a família. Estas mudanças incluem uma alimentação balanceada com ingestão de sal e gordura reduzidos, realização de atividades físicas e controle do peso, uso da medicação prescrita e acompanhamento médico. Neste sentido, a adoção de novos hábitos pode favorecer o autocuidado da pessoa que vive com HAS e dos membros da família, pois a mesma participa principalmente no quesito alimentação, estimulando a pessoa que vive com HAS a seguir a dieta (MESSA, 2000).

Para Messa (2000), assim como a maioria das doenças crônicas, consideradas incuráveis e permanentes, a HAS exige que

o indivíduo ressignifique sua existência, adaptando-se às limitações e novas condições geradas. Para isso, é necessário estabelecer uma nova relação com a vida, e a família necessita se reorganizar e se adaptar, repensar seus papéis, funções e distribuir de forma que auxiliem o paciente na elaboração de sentimentos confusos e dolorosos ocasionados pelo processo de adoecer.

Quando há na família um membro que sofre de doença crônica, todos os demais estão sujeitos a lidar com estresse e ansiedade. Os membros da família preocupam-se com a gravidade da doença, com o sofrimento e a possível morte, e como consequência, podem experimentar diversos sentimentos entre eles o medo, o desamparo, a vulnerabilidade, a insegurança, a frustração e até mesmo a depressão (MARTINI et al., 2007). Essa experiência potencialmente estressante de conviver com uma doença persistente, leva a família a reavaliar seus saberes e práticas, construindo significados diferentes e impelindo aqueles que vivem lado a lado com a pessoa doente, a mudanças nos seus padrões de vida e ações para se ajustarem ao sofrimento, revendo seus sonhos e expectativas diante da realidade da cronicidade (CALDAS, 2003).

O processo de cuidar de um familiar com HAS, portanto, inclui a superação de desafios que se associam à falta de apoio social (informativo, emocional ou material) da maioria das famílias. De acordo com Caldas (2003), cuidadores raramente recebem informações claras a respeito da doença, orientação ou apoio para os cuidados, nem indicação de um serviço para prosseguir o tratamento. Em muitos casos, as famílias não sabem como cuidar de seus membros com HAS e desenvolvem as mais variadas práticas de cuidado, que podem ser benéficas ou não para as pessoas que vivem com HAS e para a família como um todo.

Considerando a magnitude e complexidade do tratamento desta doença, o presente estudo teve por objetivo analisar práticas de cuidados desenvolvidas por famílias de pessoas diagnosticadas com HAS moradoras de um bairro popular do município de Santo Antônio de Jesus-BA. Especificamente, foi realizada a identificação



e descrição das principais práticas de cuidado desenvolvidas pelas famílias e discutido o impacto destas práticas sobre a dinâmica e vida cotidiana das famílias participantes.

## **Metodologia**

Seguindo o método qualitativo, foi realizado um estudo de caso, que “caracteriza-se pelo estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, de maneira a permitir seu conhecimento amplo e detalhado” (GIL, 2007). O trabalho de campo durou aproximadamente um (01) mês e utilizaram-se como critérios de inclusão: ter entre seus membros pelo menos um adulto com HAS que residisse há pelo menos cinco (5) anos e frequentasse a unidade de saúde no Bairro do Cajueiro, sendo este considerado tempo mínimo necessário para a formação de redes de cuidado. Ressalta-se que o membro diagnosticado com HAS, poderia ou não morar na mesma unidade domiciliar que os demais integrantes de sua família.

Os participantes foram localizados a partir da indicação de famílias moradoras deste bairro e profissionais de saúde que participaram de outros estudos realizados pelo Grupo Interdisciplinar de Pesquisa e Extensão em Saúde Coletiva (GIPESC). Foram considerados familiares aqueles referidos pelas informantes como tal, indicando vínculo biológico, afetivo ou de conjugalidade com a mesma, independente de existir vínculo jurídico. A família é, desta forma, entendida como um grupo social, cujos membros mantêm um sistema de relações significativas entre si do qual a paciente com hipertensão é um dos membros.

Após concordarem em participar do estudo e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), durante visita domiciliar eram realizadas entrevistas semiestruturadas com os participantes em horário e local escolhidos pelos mesmos.

O roteiro de entrevista foi dividido em cinco categorias gerais, contudo considerando o escopo deste capítulo, será

apresentada a análise de apenas três: a) histórico do adoecimento e estado atual; b) práticas de cuidados domiciliares; c) repercussões do cuidar sobre a família. Todo o processo de entrevista, com base em roteiro semiestruturado, foi acompanhado de registro em diário de campo das percepções, questionamentos e informações consideradas relevantes pelo entrevistador. As entrevistas foram analisadas de acordo com o discurso das participantes e dos conteúdos destas, prevalecendo à análise de conteúdo, que segundo Minayo visa verificar hipóteses e ou descobrir o que está por trás de cada conteúdo manifesto.

Foram obedecidos os critérios éticos exigidos pela Resolução 196/96 do CNS-MS. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Faculdade Maria Milza (CEP FAMAM 265/11). Antes da assinatura do TCLE, além de apresentar a pesquisa e esclarecer dúvidas dos participantes, foi-lhes assegurado o acesso aos resultados da pesquisa sempre que solicitado, o direito de desistir de participar em qualquer fase da pesquisa sem qualquer prejuízo, o anonimato e o sigilo quanto às informações prestadas. Por isso, todos os participantes receberam nomes fictícios.

## **Resultados e Discussão**

### Caracterização dos informantes

Participaram membros de seis (06) famílias totalizando quatorze (14) informantes chave entre pessoas com HAS e principais cuidadores, todos do sexo feminino, com idades entre 21 e 94 anos, com concentração na faixa etária dos 40 anos. O nível de escolaridade variou entre “não ter estudado” e o “ensino superior incompleto” e quanto à religião predominaram católicas ou evangélicas. A renda familiar variou de cento e noventa e oito

reais (valor da Bolsa Família para quatro filhos) até mil e duzentos reais, com maior frequência de um (01) salário mínimo (R\$ 622,00 – em 2012) por família.

A família A contou com duas participantes: Adriana, 49 anos, diagnosticada há cerca de cinco anos, e Aline, sua filha e principal cuidadora. Adriana, não completou o ensino fundamental, era casada e católica, costureira e tinha uma renda familiar de mil reais, vinda basicamente do esposo. Aline, 28 anos, solteira e católica, cursava o nível superior e trabalhava como secretária, recebendo um (01) salário mínimo.

Da família B participaram Berenice diagnosticada há cerca de dez anos, e cuidadora, juntamente com Bárbara, de sua tia Bianca que foi diagnosticada há vinte e quatro anos. Berenice, 53 anos, solteira e católica, não completou o ensino fundamental e recebia um (01) salário mínimo como aposentadoria. Bianca, 94 anos, analfabeta, viúva e católica, recebia um (01) salário mínimo referente à aposentadoria. Bárbara, 53 anos, nível fundamental incompleto, casada, evangélica, doméstica com renda de trezentos e cinquenta reais. Ressalta-se que, embora Bárbara não tenha sido considerada pelos membros do grupo como parte da família, foi incluída por ser a principal cuidadora de Bianca.

A família C teve duas representantes Carla e Carolina. Carla, 29 anos, ensino fundamental incompleto, viúva, evangélica, cabeleireira com renda mensal de um salário mínimo, era a principal cuidadora de Carolina, sua sogra de 56 anos, que não estudou, declarou-se separada, evangélica, aposentada com renda 01 salário e diagnosticada há cerca dez anos.

A família D foi representada por Daniela, diagnosticada há aproximadamente de três anos, 68 anos, ensino fundamental incompleto, viúva, católica, pensionista e aposentada com renda de mil e duzentos reais. E por sua filha Diana, de 45 anos, indicada como cuidadora por Daniela, ensino fundamental incompleto, solteira e católica, lavradora e com renda de menos de um salário mínimo.

Na família E, participaram Elaine e Elisa ambas portadoras HAS. Elaine, 42 anos, cursou o ensino fundamental incompleto, casada, evangélica, dona de casa e lavradora, tinha por renda única a Bolsa Família e foi diagnosticada com HAS há cerca de quatro anos era a principal cuidadora de Elisa sua mãe. Elisa, 72 anos, analfabeta, viúva, de mesma religião, dona de casa e aposentada com renda de um salário mínimo, diagnosticada há mais de trinta anos.

Na família F, Fabiana era a principal cuidadora de Flávia, sua sogra. Fabiana, 21 anos, completou o ensino médio, era solteira (vive com o filho de Flávia), declarou não ter religião, era dona de casa e possuía renda de um salário mínimo. Fernanda, irmã de Flávia e também diagnosticada com HAS há quase um ano, também era cuidadora de sua irmã Flávia. Aos 69 anos, Fernanda não estudou, era viúva, católica, dona de casa tinha a renda de um salário mínimo. Flávia, 47 anos, foi diagnosticada há quatorze anos, cursou o ensino fundamental incompleto, casada, evangélica, funcionária pública com renda de um salário mínimo.

## Descobrimo e vivendo com a HAS

Assim como no estudo de Saraiva et al. (2007) a maioria das participantes relatou que foram diagnosticadas por médicos, após apresentarem sintomas, destaque para dores de cabeça e tontura, que as levaram a procurar o serviço de saúde. Aquelas que não apresentaram sintomas, descobriram a doença em consulta de rotina como Fernanda e Berenice, diagnosticada também com diabetes, Carolina e Daniela.

Entre os fatores de ordem psicológica apontados como “causadores” da HAS destacou-se, o estresse associado à raiva, como explicitado na fala de Adriana: “Muita raiva do marido, brigava muito com meu marido...muito, muito por causa da bebida. E aí a pressão começou...a cabeça começou a doer e descobri que é...por causa de raiva né?”.

Sobre os aspectos psíquicos, Fonseca et al. (2009) discutem que fatores emocionais têm sido foco de estudo pela sua relevância, contudo não se tem dado a atenção necessária à associação entre os fatores emocionais e a pressão arterial. Lima Jr. e Lima Neto (2010), por sua vez, reforçam a ideia de que estudos apontam evidências científicas dessa relação entre o estresse e a hipertensão, contudo isso ainda não há uma associação direta e clara.

Somente uma das entrevistadas apresentou o fator genético como determinante de HAS:

Ô foi assim, ela começou dando crises né? De dores de cabeça ai, ia pro hospital...ai ia pro hospital quando fazia aferição da pressão tava alta, e ai foi detectada que era crônico né, mesmo porque ela já tem o histórico familiar né? A família dela já vem né, todo mundo tem. Então já era uma coisa hereditária de família, então já se esperava entendeu? (Carla).

A maioria das mulheres referiu estar sofrendo com alguma doença além da HAS, no entanto estas não eram associadas pelas participantes à hipertensão. Foram consideradas como quadros distintos, não comorbidades ou geradas por fatores semelhantes: “[...] mas caiu uma doença em cima de mim, uma dor por aqui [...] O médico disse que era ‘neovagia’. Uma dor aqui desse dente aqui” (Bianca).

Apesar do não reconhecimento de relação entre doenças pelas participantes, a literatura (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010; ANDRADE et al., 2010) indica que a HAS pode ser induzida por outras doenças ou induzi-las, como, por exemplo, a diabetes que foi relatada por duas participantes (Carolina e Daniela). As participantes não as relacionam, o que pode ser resultado da forma fragmentada como são acompanhadas por diferentes especialistas para cada patologia. Este é um comportamento que põe em risco as participantes, pois não saber identificar comorbidades da HAS pode repercutir em complicações no quadro das mesmas.

Segundo Zaitune et al. (2006) poucos hipertensos conseguem o controle ideal da pressão com um único agente terapêutico e, muitas vezes, faz-se necessária a terapia combinada, principalmente em indivíduos idosos e com comorbidades relevantes. Neste estudo, as famílias consideraram o sistema médico como a referência de todo o tratamento tendo como funções curar as doenças e informar, além disso, foi comum a crença de que a medicação é suficiente para a cura da doença. Esta crença na centralidade do sistema médico manteve-se também em relação a todos os profissionais com quem tiveram contato além do médico especialista, que foram o enfermeiro, o fisioterapeuta (uma das portadoras necessitava de fisioterapia por conta da artrite) e o agente comunitário.

#### Práticas de cuidado com a pessoa com HAS: famílias e vizinhança

As principais práticas de cuidado domiciliares desenvolvidas pelas famílias consistiam em: a) lembrar a pessoa com HAS sobre o uso do(s) medicamento(s); b) mudança da dieta, através da redução da ingestão de sal e gordura; c) uso de chás e remédios indicados por amigos e vizinhos.

Lembrar sobre o uso do medicamento foi uma prática identificada entre as famílias, incluindo na família cuja hipertensa (Adriana) não fazia uso do medicamento. Muitos cuidadores (familiares e vizinhos) só lembravam o uso do medicamento quando o membro doente relatava que não se sentia bem, apresentando dor de cabeça, vertigem e dor na nuca. Todas as participantes com HAS informaram não ter um horário e nem o hábito regular de utilizar a medicação, apenas ao apresentar os sintomas supracitados, é que ela ingeriam o remédio: “Todo dia, né? Eu tomo, assim, pela manhã. Esses dias que eu não to mais sentindo esses problemas que eu sentia eu tomo a noite. Eu passo o dia assim e nem me lembro de usar o comprimido da pressão, mas pela noite eu tomo. [...] Mas eu não tomo todo dia, não” (Elisa).

O acesso aos medicamentos facilitado por meio da distribuição gratuita na rede do Sistema Único de Saúde (SUS) e no programa “Aqui Tem Farmácia Popular”, além do baixo custo destes nas outras farmácias, facilitavam a adesão dos portadores a esse método de cuidado. No entanto, o acesso aos medicamentos não garantia a adesão ao tratamento: “Os vizinhos ainda mandam: “toma o remédio!”, mas eu não quero, não quero remédio, não quero de jeito nenhum” (Adriana).

A não adesão ou adesão parcial das participantes ao tratamento foi justificada pelos mais variados motivos. Em relação ao tratamento medicamentoso foram relatados, por exemplo, o medo de tornar-se dependente de medicamentos, a oferta limitada deles no serviço de saúde em algumas situações e, por fim, o uso acumulativo de vários medicamentos. Quanto aos exercícios físicos, quatro participantes (Berenice, Bianca, Fernanda e Carolina) não praticavam, sendo que no caso de Carolina a limitação física dificultava a adesão, pois a mesma relatou que não podia fazer exercícios e com isso perder peso por ter artrose, e as outras duas referiram que o médico não indicou. Neste grupo, a dieta recomendada não era seguida integralmente, pois todas as participantes faziam adaptações e admitiram consumir sal e gordura em algumas ocasiões por estes serem “saborosos”.

Ainda em relação à dieta, outra prática de cuidado desenvolvida pelos membros das famílias foi a adoção da dieta com a redução do consumo de sal e gordura, indicada pelos médicos: “Ô a gente tenta controlar a alimentação, entendeu? Não deixar ela comer sal, num deixa ela comer açúcar, não deixo ela comer muita gordura, a gente ta sempre falando né, porque na verdade depende um pouco dela, como ela mora só ai escapa um pouco né?” (Carla).

Os amigos e vizinhos auxiliavam no cuidado indicando tratamentos “alternativos” ou “complementares” aos medicamentos receitados pelos médicos. A indicação mais comum é a ingestão de chás, mas também sucos e medicamentos, principalmente analgésicos para a cefaleia. Berenice mostra bem essa realidade

através do seguinte trecho: “É vizinho, amigo. Tudo que o povo me ensina eu tomo. [...] Favaquinha de cobra, a folhinha da cana”. Tais indicações são seguidas por algumas das participantes por acreditarem que complementam o tratamento ou surtem mais efeito que o medicamento indicado pelo médico. As participantes com HAS têm costume de compartilhar as experiências e as receitas em sua família e entre os vizinhos.

Mesmo acreditando no efeito dos chás e sucos, algumas afirmaram não fazer uso pelo fato de o médico não “gostar” e não indicar, outras por não acreditarem no efeito e outras ainda por não gostarem de fazer uso desse tipo de tratamento: “Não, às vezes eu fazia assim chá né? Que as pessoas ensinava, ai tomava chá, pra gripe, pras dores, ai não dava certo não” (Carolina).

Nos casos analisados, pudemos identificar diferentes fatores que exerceram influência nas práticas de cuidado tais como: idade do membro com HAS, contato e relação com o serviço de saúde, nível de escolaridade e compreensão acerca da etiologia da doença e tempo de diagnóstico.

Dentre estes fatores destacou-se a idade, pois quanto mais velho, mais a família se preocupava com o mesmo, restringindo suas atividades e, por consequência, dificultando o autocuidado. Esse foi o caso de Bianca, 94 anos, que possui duas cuidadoras principais.

Outro fator é o contato da família com o serviço de saúde e sua relação com o mesmo, além da percepção desta acerca do serviço. As famílias referiram contato contínuo com os profissionais e indicaram que sua relação com o serviço baseava-se no controle da pressão arterial e cuidado focado nas indicações do médico, principalmente no tratamento medicamentoso e na redução de sal e gordura na alimentação. As participantes informaram pontos positivos (a atenção, o conhecimento técnico e o cuidado) sobre o setor profissional, revelando que tinham um bom relacionamento com o serviço de saúde. Ainda assim, a família A preferia adaptar as orientações, desenvolvendo práticas que acreditavam ser mais apropriadas ao seu contexto.



Pode-se inferir que esta adaptação tenha relação com os pontos negativos relatados pelas entrevistadas, dentre eles desorganização do serviço, o modo como é tratado (com grosseria, frieza) e a dificuldade em marcação de exames e consultas. Neste sentido os resultados concordam com os produzidos por Costa e Nogueira (2008) e Souza e Gamelo (2008), que identificam o processo de adesão nos casos de pessoas com HAS depende tanto do paciente como também dos profissionais de saúde, família e comunidade.

Para Araújo e Moreira (2009), as práticas de cuidados com a saúde das pessoas com hipertensão arterial construídas no cotidiano das unidades básicas e domicílios, à primeira aproximação, no que diz respeito ao acompanhamento e controle da hipertensão arterial, estas parecem estar longe do que é preconizado e orientado nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), principalmente, pela ausência de comportamentos individuais dos usuários compatíveis com a prevenção das complicações decorrentes do mau controle pressórico.

Segundo Santos, Nery e Matumoto (2013), a criação do vínculo contribui para a integração entre usuários e unidade de saúde a partir do momento em que os profissionais conseguem conhecer os usuários e suas necessidades de saúde, o que impulsiona a adesão destes ao serviço de saúde e suscita a manutenção de sua saúde e a redução de agravos, facilitando a adesão ao tratamento.

Malta (2010) afirma que a assistência à saúde é centrada no ato prescritivo que produz o procedimento, em que não são consideradas as determinações do processo saúde-doença, centradas nos determinantes sociais ambientais e relacionadas às subjetivações, singularizantes, valorizando apenas as dimensões biológicas. Esta forma prescritiva de atenção à saúde tende a provocar desconfiança com relação ao serviço, o que pode ser percebido no caso da família A, em que não havia confiança e todos agiam de acordo com o que acreditavam que era melhor para si.

Para Saraiva (2007), diante de uma doença crônica na família, como é o caso da HAS, esta se comporta de acordo com

sua representação do que seja saúde-doença, evidenciando saberes diversos acerca da cura, que pode, contrapor-se aos saberes médicos. No caso da família A, em parte, isto pode ser compreendido também como reflexo do maior nível de escolaridade dos seus membros, pois se observou que, quanto menor o nível de escolaridade, mais as famílias tendiam a seguir as orientações médicas, ainda que indentificassem pontos negativos no atendimento dos profissionais, particularmente, dos médicos.

Mesmo indo contra as indicações dos profissionais de saúde, a maioria das entrevistadas informou que seguia orientações dadas por vizinhos e amigos acerca de como cuidar da HAS. Esse fato pode ser justificado pela atenção, cuidado e preocupação narrados pelos portadores e familiares, contudo as participantes relataram que eles poderiam ensinar algo “errado”.

Outro fator percebido durante as entrevistas é que a compreensão acerca da etiologia da doença e o tempo de diagnóstico influenciavam nas práticas, modificando-as ou adaptando-as à rotina da família, às necessidades do membro com HAS. Nas famílias em que predominavam explicações acerca da etiologia da HAS ou sobre o agravamento da mesma com foco no estresse, os cuidadores desenvolviam estratégias com o objetivo de evitar que o portador “se estressasse”, ou “se preocupasse”.

Concordando com a afirmativa de Ferreira (2012), em que os significados das doenças crônicas não pertencem exclusivamente ao indivíduo doente, sendo também propriedade de seus familiares e de sua rede social e compartilhados, de forma direta ou indireta e acabam influenciando no curso da doença. Eles podem auxiliar na redução ou aumento dos sintomas, no exagero ou na diminuição das dificuldades, ou ainda nos impedimentos ou facilidades relativas ao tratamento.

Para Pierin et al. (2004), o conhecimento sobre a doença e tratamento da HAS influenciou diretamente na adesão ao tratamento e nas práticas; com isso, a escolaridade atuou como fator relevante neste fato, no qual se sabe que as informações só são

assimiladas a partir do momento em que haja capacidade cognitiva para isso. Nesse cenário incluímos as limitações que o avanço da idade tem sobre as práticas de cuidado.

As práticas de cuidados destas famílias se complementavam e se concentravam no tratamento medicamentoso, inclusive os fitoterápicos (chás, sucos) e na adoção da dieta indicada pelo serviço de saúde. De modo geral, as participantes pareciam acreditar que essas práticas se complementavam, sendo suficientes, em alguns casos para a cura da HAS. Desta forma, é importante ressaltar que não estava clara para estes grupos a dimensão da cronicidade da HAS, doença na qual não cabe a busca pela cura, mas sim o seu controle.

Para Gazzinelli et al. (2005) as crenças populares e recursos não convencionais, utilizados na solução de problemas de saúde, configuram-se para a população em geral como fatores extremamente ligados a aspectos socioculturais, por isso devem ser considerados como relevantes quando se avalia o indivíduo como um ser integral, pertencentes a um processo histórico.

### Impacto do cuidar: desafios da doença crônica

Embora todos os participantes tenham relatado que a principal mudança ocorrida na rotina familiar restringiu-se à alimentação, a doença crônica não transmissível traz desafios, relacionados ao cuidado contínuo e às mudanças repentinas no quadro clínico da pessoa doente. Para Messa (2000), as limitações impostas pela doença crônica afetam a família de modo que esta precisa se adaptar às necessidades do membro doente, para isso, utilizando de novos recursos de enfrentamento.

Nos casos estudados, o cuidado foi voltado para a prevenção e para evitar que o quadro do portador se agravasse. Partindo das falas das entrevistadas, a HAS pode ser considerada uma patologia que favorece o autocuidado dos membros da família, como

explicitado por Carolina nesta fala: “Eu por sinal... Ninguém não. Aí quando eu me sinto mal eu vou pro médico, aí os vizinho vem... Ou algum me dá uns remédios... Quer dizer, por sinal eu nunca assim me senti mal pra ficar em cama entendeu?”.

Concordando com Gração e Santos (2008), percebemos nas famílias participantes que, diante da situação nova e inesperada, o diagnóstico de hipertensão e o convívio com esta patologia, necessitaram de auxílio para se adaptar a essa realidade. Nos casos analisados, o apoio e o auxílio vieram por meio dos vizinhos e amigos que acabaram por influenciar no desenvolvimento das práticas de cuidado, como demonstrado por Berenice: “Eu graças a Deus me dou bem como todo mundo aqui. Já bastou eu sentir qualquer coisa, os vizinhos estão tudo aqui me ajudando. Não tenho o que dizer dos meus vizinhos”.

Discordando de Caldas (2003), identificamos que a HAS é uma doença que pode favorecer um tratamento continuado, pois houve alguma orientação por parte dos profissionais para as participantes. Estas demonstraram ter informações, mesmo que incompletas, sobre esta patologia, acerca da sintomatologia e da importância do contato com o profissional e de seguir as orientações:

Tomar os remédio nas horas certa. Os alimento entendeu? Todo mês ir fazer exame, que eles me indicaram preu fazer. E as coisa assim, não fazer nada assim, a mais. Essas coisas assim de alimento, não comer assim essas coisas que não pode (Carolina).

Além disso, estavam cientes dos riscos que a HAS oferece caso não seja tratada corretamente, como exposto nas falas de Elaine e Fernanda respectivamente, “Problemas de rim, xô ver outro mais, tenho umas três mais eu esqueci qual foi” e “Um derrame, né?”.

Para Fernandes (2003) o ser humano, ao adoecer, se vê frente a várias mudanças de hábitos de vida, sendo de responsabilidade da equipe de Saúde da Família identificar e propor ações relacionadas à patologia, ao tratamento, assim como aos

sentimentos, às expectativas e à segurança emocional que também fica comprometida. Esse comportamento deve estar de acordo e diretamente ligado à família do portador, já que é dentro desta que o cuidado é realmente efetuado.

Algumas entrevistadas relataram que os médicos não aprovaram a utilização de receitas caseiras para o controle da pressão elevada. Esse fato foi contrário ao objetivo da assistência que Marcon et al (2005) trouxe, sendo ele o auxílio à família na identificação e na cura, se for possível, nas suas perturbações interacionais, no enfrentamento de problemas e na tomada de decisões. Logo, o foco do cuidado deve estar em ajudar e em capacitar a família, de forma que ela possa atender às necessidades de seus membros, especialmente em relação ao processo saúde-doença, mobilizando recursos, promovendo apoio mútuo e crescimento. Não combatendo e criticando as crenças dos membros da família e principalmente do doente: “Ele num gos... Ele num manda! E eles ‘recrama’ quando as ‘pessoa’ toma chá. ‘Recrama’ de tudo! Se a gente for escutar, num faz nada que a gente tem vontade de fazer...” (Daniela).

Tivemos três participantes que eram viúvas, as outras eram solteiras ou casadas. Ao pensar no horário e período em que as entrevistas ocorreram, podemos levantar a hipótese de que todas as entrevistadas eram do sexo feminino, pois os homens estavam no trabalho e/ou porque elas são mais abertas ao diálogo que eles. Contudo, é constatado que as mulheres são em maior número portadoras de HAS e o cuidado fica a cargo delas, por uma questão cultural.

Assim como neste estudo, é notável um comportamento de esquiva dos homens também na procura pelo serviço de saúde. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (BRASIL, 2008) traz em seu corpo, motivos ligados ao sociocultural, para que o homem não procure o serviço de saúde. O fator cultural está mais enraizado em nossa sociedade patriarcal, onde o homem é o provedor e o sinônimo de força da família. Isso o afasta da procura ao serviço, além de ter que dispor de tempo de trabalho,

já que o horário de funcionamento das unidades básicas de saúde, coincide com a carga horária de trabalho. Esses mesmos fatores são responsáveis pela participação somente de mulheres no presente trabalho.

### **Considerações finais**

No que diz respeito ao conceito de cuidado, identificou-se que as famílias o compreendiam como uma forma de atenção, mas com foco na prevenção e medicalização. Além disso, foi possível perceber que as famílias tinham conhecimento sobre os riscos da HAS, quando não há um seguimento do tratamento. No entanto, tal conhecimento não era suficiente para mudança de comportamento em relação à qualidade de vida e adesão integral ao tratamento medicamentoso. Nos casos analisados, percebeu-se a influência significativa de redes pessoais (familiares e vizinhança) em detrimento às orientações dos profissionais de saúde. Neste sentido, confirma-se o papel da família como principal cuidadora e a necessidade de que se desenvolvam políticas e ações voltadas para esse público, que respeitem suas especificidades e, priorizem a comunicação e vinculação, particularmente entre médico-paciente-cuidadores. Por fim, os resultados deste estudo também indicam a necessidade do desenvolvimento de formas inovadoras de cuidados, que considerem as especificidades do adoecimento crônico, para melhor desempenho da Estratégia de Saúde da Família.

### **Referências**

ANDRADE, J. P.; VILAS-BOAS, F.; CHAGAS, H.; ANDRADE, M. Aspectos epidemiológicos da aderência ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. **Arquivo Bras. Cardiol.**,

v. 79, n. 4. p. 375-84, 2002. <Disponível em: [http://www.revistamedicaanacosta.com.br/11%282%29/artigo\\_1.htm](http://www.revistamedicaanacosta.com.br/11%282%29/artigo_1.htm)>

ANDRADE, T. L., MOURA, A. S. Caracterização da associação entre diabetes mellitus e hipertensão arterial na atenção primária: estudo quantitativo no município de Jeceaba- MG [**trabalho de conclusão de curso**]. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2010. Disponível em: <[www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0645.pdf](http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0645.pdf)>. Acesso em: 15 set. 2012.

ARAÚJO, J. L., MOREIRA, T. M. M. **Sentidos do cuidado na hipertensão arterial para enfermeiros e usuários na saúde da família**: uma aproximação à hermenêutica Gadameriana. Pau dos Ferros, Rio grande do Norte, 2009. Disponível em: <[http://www.uece.br/cmaccis/dmdocuments/janieiry\\_araujo.pdf](http://www.uece.br/cmaccis/dmdocuments/janieiry_araujo.pdf)>.

ARAÚJO, Y.; COLLET, N.; MOURA, F. M.; NÓBREGA, R.D. Conhecimento da família acerca da condição crônica na infância. **Texto contexto - Enferm.**, v. 18, n. 3, p. 498-505, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072009000300013&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072009000300013&script=sci_arttext)>.

BRASIL. **Apresentação do dia nacional de combate e prevenção à Hipertensão Arterial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=36868&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=36868&janela=1)>. Acesso em: 20 ago. 2012.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM)** – protocolo. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <[www.bvsmc.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05\\_06.pdf](http://www.bvsmc.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_06.pdf)>.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. Disponível

em: <[www.portal.saude.gov.br/portal/.../pdf/politica\\_nacional\\_atencao\\_integral.pdf](http://www.portal.saude.gov.br/portal/.../pdf/politica_nacional_atencao_integral.pdf)>.

BRASIL. **Vigitel Brasil 2013**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, 2014.

BRASIL. **Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=31877&xjanela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31877&xjanela=1)>. Acesso em: 20 ago. 2012.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 773-781, 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2003000300009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2003000300009&script=sci_arttext)>.

COSTA, R. S., NOGUEIRA, L. T. Contribuição familiar no controle da hipertensão arterial. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 16, n. 5, p. 75-80, 2008. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/17017>>.

FERNANDES, M. T. O., LOÉS, R. R. **O consumo de medicamentos como indicador da qualidade da atenção à saúde da população acima de 60 anos** [monografia]. Belo Horizonte, MG: Universidade Federal de Minas Gerais; 2003. Acesso em: 18 set. 2012.

FERREIRA, H. P., MARTINS, L. C. M., BRAGA, A. L. F., GARCIA, M. L. B. O impacto da doença crônica no cuidador. **Rev. Bras. Clin. Med.** São Paulo, v. 10, n. 4, p. 278-284, 2012. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5165/tde-03012013-154355/pt-br.php>>.



FONSECA, F. C. A., COELHO, R. Z., NICOLATO, R.; MALLOY-DINIZ, L. F., SILVA FILHO, H. C. A influência de fatores emocionais sobre a hipertensão arterial. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 58, n. 2, p. 128-134, 2009.

FRÁGUAS, G.; SOARES, S. M., SILVA, P. A. B. A família no contexto do cuidado ao portador de nefropatia diabética: demandas e recursos. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 12, n. 2, p. 271 – 7, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452008000200011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452008000200011)>.

GAZZINELLI, M. F., GAZZINELLI, A., REIS, D. C., PENNA, C. M. M. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cad. Saúde Públ.**, v. 21, n. 1, p. 200-206, 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2005000100022](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000100022)>.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed., 8. reimpressão, São Paulo: Atlas, 2007, p. 72-73.

GRAÇÃO, D. C., SANTOS, M. G. M. A percepção materna sobre a paralisia cerebral no cenário da orientação familiar. **Fisiot. Mov.**, v. 21, n. 2, p. 107-113, 2008. Disponível em: <[http://www2.pucpr.br/reol/public/7/archive/0007-00001945-ARTIGO\\_12.PDF](http://www2.pucpr.br/reol/public/7/archive/0007-00001945-ARTIGO_12.PDF)>.

LEITE, S. N., VASCONCELOS, M. P. C. Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamentos no cotidiano familiar. **História, Ciências e Saúde – Manguinhos**, v.13, n. 1, p.113-128, 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702006000100007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702006000100007&script=sci_arttext)>.

LIMA, J. R. E.; LIMA NETO, E. Hipertensão arterial: aspectos comportamentais – Estresse e migração. **Rev. Bras. Hipertens.**, v.17, n. 4, p. 210-225, 2010.

MALTA, D. C., MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 14, n. 34, p. 593-605, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832010000300010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000300010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>.

MARCON, S. S., RADOVANOVIC, C. A. T., WAIDMAN, M. A. P., OLIVEIRA, M. L. F., SALES, C. A. Vivência e reflexão de um grupo de estudos junto às famílias que enfrentam a situação crônica de saúde. **Texto Contexto Enferm.**, v.l. 14, n. Esp., p. 116-124, 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072005000500015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000500015)>.

MARTINI, A. M., SOUSA, F. G. M., GONÇALVES, A. P. F., LOPES, M. L. H. Estrutura e funcionalidade de famílias de adolescentes em tratamento hemodialítico. **Rev. Eletrônica Enferm.**, v. 9, n. 2, p. 329-343, 2007. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/7163/5073>>. Acesso em: 20 ago. 2012.

MESSA, A. A. **O impacto da doença crônica na família.** 2000. Disponível em: [psicologia.org.br/internacional/pscl49.htm](http://psicologia.org.br/internacional/pscl49.htm). Acesso em: 28 nov 2012.

PIERIN, A. M. G., GUSMÃO, J. L., CARVALHO, L. V. B. A falta de adesão ao tratamento como fator de risco para hipertensão arterial. **Rev. Socied. Bras. Hipertensão**, v. 7, n. 3, p. 100-103. 2004.

SANTOS, F. P. A., NERY, A. A., MATUMOTO, S. A produção do cuidado a usuários com hipertensão arterial e as tecnologias em saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 1, Feb. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342013000100014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000100014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 19 feb. 2015.

SARAIVA, K. R. O., SANTOS, Z. M. S. A., LANDIM, F. L. P., TEIXEIRA, A. C. Saber do familiar na adesão da pessoa hipertensa ao tratamento: análise com base na educação popular em saúde. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 263-270, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072007000200008&lng=en&nrm=iso&tln g=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000200008&lng=en&nrm=iso&tln g=pt)>.

SERAPIONI, M. O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. **Ciênc. Saúde Coletiva**. v. 10, n. 1, p. 243-253, 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000500025&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000500025&script=sci_arttext)>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Ribeirão Preto, São Paulo, v.17, n 1, p 7-10, 2010. Disponível em: <[www.prosaude.org/publicacoes/diversos/cad\\_AB\\_hipertensao.pdf](http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/cad_AB_hipertensao.pdf)>.

SOUZA, M. L. P., GAMELO, L. “É muito dificultoso!”: etnografia dos cuidados a pacientes com hipertensão e/ou diabetes na atenção básica, em Manaus, Amazonas, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 91-99, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008001300014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300014)>.

ZAITUNE, M. P. A., BARROS, M. B. A., CÉSAR, C. L. G., CARANDINA, L., GOLDBAUM, M. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 285-294, 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2006000200006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2006000200006&script=sci_arttext)>.



# **EDUCAR E NUTRIR: uma experiência de educação alimentar e nutricional em Santo Antônio de Jesus**

*Patrícia Araújo Damasceno*

*Heline Maica Coelho de Melo*

*Laís Lima de Jesus*

*Liliane de Jesus Bittencourt*

A alimentação é um direito individual a ser garantido, universal e incondicionalmente, com funções imprescindíveis como satisfazer as necessidades nutricionais, possibilitar o desenvolvimento humano e, conseqüentemente, promover a saúde. A importância de uma alimentação saudável é indiscutível em todas as etapas da vida, entretanto a infância requer uma maior atenção, uma vez que nesta fase o organismo humano encontra-se em franco desenvolvimento e o acesso à alimentação constitui-se no direito à vida.

A alimentação e a nutrição constituem requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde, possibilitando a afirmação plena do potencial de crescimento e desenvolvimento humano, com qualidade de vida e cidadania, sendo sua concretização responsabilidade tanto do Estado, quanto da sociedade e dos indivíduos (BRASIL, 2008).

Hábitos alimentares inadequados têm desencadeado nas crianças doenças associadas à má alimentação, como obesidade e doenças crônicas não transmissíveis (MARTINS et al., 2010). Por outro lado, a desnutrição energético proteica e a carência de micronutrientes como iodo, ferro e vitamina A, ainda constituem problemas endêmicos em muitas regiões do país (BRASIL, 2008).

Portanto, uma das premissas da segurança alimentar e nutricional é garantir e promover alimentação saudável para grupos

humanos, nas suas diferentes fases da vida, considerando suas especificidades e inserção na sociedade. A segurança alimentar e nutricional se constrói com a garantia de alimentação saudável e adequada. O oferecimento do alimento e de informações acerca de seu valor nutricional, não é suficiente para que o hábito alimentar saudável se constitua. De acordo com Manço e Costa (2004), a alimentação representa a manifestação da organização social, a chave simbólica dos costumes, o registro do modo de pensar a corporalidade do mundo em qualquer sociedade, e o Brasil, marcado pelas desigualdades sociais, atribui valores diferentes aos alimentos, conforme as classes sociais.

Em se tratando do público infantil, mais especificamente escolares, a complexidade inerente ao fenômeno alimentar requer investimento em abordagens educativas progressistas, transversais e intersetoriais, com a convocação de atores sociais afins. Tal conjunção, além de incrementar a promoção de saúde na escola, pode trazer contribuições ao ensino de ciências ao fomentar, por exemplo, a presença de práticas agrícolas na escola, as quais podem potencializar realidades e conhecimentos já existentes, numa abordagem a partir do multiculturalismo (SILVA; FONSECA, 2009; BAPTISTA; EL HANI, 2007).

Os pré-escolares de 2 a 6 anos de idade constituem faixa populacional de grande importância, devido ao processo de maturação biológica pelo qual passam, durante o qual a alimentação desempenha papel decisivo, em especial pela formação dos hábitos alimentares. Estudos mostram que a correta formação dos hábitos alimentares na infância favorece a saúde, permitindo o crescimento e o desenvolvimento normal e prevenindo uma série de doenças crônicas degenerativas na idade adulta (GANDRA, 2000).

Segundo Boog (1999), é indiscutível e incontestável a importância da alimentação saudável, completa, variada e agradável ao paladar para a promoção da saúde, sobretudo dos organismos jovens, em fase de desenvolvimento, e para a prevenção e controle de doenças crônicas não transmissíveis, cuja prevalência vem

aumentando significativamente, sendo a realização de modificações no padrão alimentar desde a infância, imprescindíveis para prevenir doenças e melhorar a qualidade de vida na fase adulta e senil (SILVA et al., 2007). Dessa forma, constitui-se a implementação de atividades de educação nutricional nas escolas, uma alternativa para reverter esta situação, possibilitando assim, a obtenção de conhecimentos básicos sobre alimentação e nutrição (MARTINS; WALDER; RUBIATTI, 2010).

A educação nutricional consiste em uma gama de experiências planejadas, que visam facilitar a adesão voluntária de hábitos alimentares ou de qualquer comportamento relacionado à alimentação, que conduz à saúde e ao bem estar. Devendo o planejamento destas experiências, considerar as características identitárias do grupo a que se destinam as ações (FAGIOLLI; NASSER, 2006; RIGO et al., 2010).

Segundo Manço e Costa (2004), a Educação Nutricional dá ênfase ao processo de modificar e melhorar o hábito alimentar a médio e longo prazo; preocupa-se com as representações sobre o comer e a comida, com os conhecimentos, as atitudes e valores da alimentação para a saúde, buscando sempre a autonomia do indivíduo.

Dessa forma, a educação alimentar e nutricional associada à promoção das boas práticas de higiene, apresentam-se como uma forma eficaz de promoção da saúde, proporcionando a obtenção de resultados extremamente positivos, em especial quando desenvolvida com grupos de crianças, uma vez que nesta faixa etária o comportamento alimentar está em formação, fator que facilita seu aprendizado, conseqüentemente, capacitando-as a realizarem escolhas alimentares saudáveis.

Neste sentido, um programa de educação alimentar e nutricional com as crianças, e também com os responsáveis pela manipulação e oferta dos alimentos em uma creche, é de suma importância para obter-se uma alimentação adequada e higiênica para a promoção da saúde, e a educação nutricional é o meio

mais concreto de orientação para o aprendizado, adequação e incorporação de hábitos nutricionais adequados.

## **Contexto**

O projeto de extensão “Educar e Nutrir” se propôs a promover os bons hábitos alimentares e de higiene em creches/escolas, voltadas para o atendimento de crianças em idade escolar e pré-escolar, pertencentes a famílias carentes do município de Santo Antônio de Jesus-BA, contribuindo assim, para a melhoria das condições de saúde, diminuição dos níveis de insegurança alimentar, dos índices de casos de parasitoses e toxinfecções. Essa proposta nasceu como resultado das atividades práticas desenvolvidas durante a disciplina “Educação Alimentar e Nutricional”, no semestre 2011.2 da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). O trabalho realizado sensibilizou as discentes quanto à eficácia e necessidade de ações que pudessem promover melhores hábitos alimentares entre crianças, principalmente em instituições de ensino, nas quais estas frequentassem em período integral.

As discentes idealizadoras da proposta, construíram o projeto no primeiro semestre de 2012, sob a supervisão da coordenadora, o qual foi submetido à aprovação do Conselho do Centro de Ciências da Saúde e depois inscrito na Pró-reitoria de Extensão sob o número 21.402/2012. O projeto foi executado em uma creche escola do bairro Cajueiro, próxima ao Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (CCS/UFRB).

Este, tinha especificamente como objetivo, favorecer o conhecimento da importância de uma alimentação saudável e promover as boas práticas de higiene, utilizando-se de atividades lúdicas e envolvendo os cuidadores dessas crianças. Por outro lado, o projeto permitia a promoção da multidisciplinaridade entre os cursos do CCS/UFRB, a partir do contato com realidades concretas



e da troca de saberes acadêmicos e populares, auxiliando no avanço da segurança alimentar e nutricional da população local.

O cenário escolhido foi a Creche Escola Lápiz Mágico, um estabelecimento situado no bairro do Cajueiro, que tem cinco anos de existência e atende a crianças na faixa etária entre 2 e 9 anos de idade, de ambos os sexos. A creche acolhe tanto crianças do bairro onde está situada, quanto de bairros circunvizinhos e atua com recursos próprios, isenta de parcerias ou auxílio governamental. Algumas crianças estudam apenas no turno matutino, enquanto outras ficam em período integral, realizando suas refeições no ambiente escolar. As refeições são, na sua maioria, enviadas pelos pais e/ou responsáveis, ficando apenas como responsabilidade das cuidadoras da creche o preparo do mingau, ofertado a algumas crianças.

As atividades foram realizadas nos anos de 2013 e 2014, por uma equipe composta por discentes dos cursos de nutrição, enfermagem e bacharelado interdisciplinar em saúde, selecionados pela equipe elaboradora do projeto. A seleção constou da análise do histórico escolar das discentes, com intuito de avaliar se já haviam cursado algum componente curricular que as habilitasse a trabalhar com educação em saúde com crianças. Esta equipe multidisciplinar (composta ao todo por nove estudantes) teve como objetivo, uma formação mais ampla do profissional, produção compartilhada do conhecimento e conseqüentemente, um atendimento mais adequado às necessidades do público alvo.

As ações de educação alimentar e nutricional foram realizadas com base na abordagem sócio construtivista, visando uma maior estimulação e conseqüente participação dos envolvidos. Durante o decorrer do trabalho foram realizadas com as crianças (aproximadamente 30, devido à variação de frequência na creche) atividades lúdicas como jogos e montagens de histórias, com o objetivo de construir e avaliar a apreensão do conhecimento. Com os manipuladores de alimentos e cuidadores foram realizadas análises observacionais, com objetivo de identificar mudanças

comportamentais, que demonstrassem a aderência às boas práticas alimentares e de higiene, durante a realização de suas atividades. As ações foram desenvolvidas nas salas de aula, cozinha e área de recreação da creche, quinzenalmente, as quartas-feiras, no turno da tarde. Reuniões de planejamento, discussão do tema e avaliação das atividades aconteciam na semana posterior ao desenvolvimento das ações.

Todos os cuidados necessários para garantir os princípios éticos foram tomados, como apresentação da proposta à dirigente da instituição para que pudesse contribuir com as alterações que por ventura achasse pertinente, antes da sua aprovação final; solicitação de autorização dos responsáveis pelas crianças para inclui-las nas atividades realizadas e a autorização do CCS/UFRB através das instâncias pertinentes (conselho diretor, gestão e pró-reitoria de extensão).

### **Atividades Desenvolvidas**

As atividades desenvolvidas encontram-se dispostas em quadros. Sendo que, para melhor compreensão do leitor, as mesmas foram divididas em três grandes grupos que abrangem as atividades lúdicas, que visaram à promoção de práticas alimentares saudáveis, as que promoveram as boas práticas de higiene pessoal e as atividades mistas, que abordaram as duas categorias “temas”. Foram 16 atividades, algumas desenvolvidas em múltiplos momentos.

## Quadro 1-Trata das atividades voltadas para a Educação Alimentar e Nutricional

Atividade	Objetivo	Faixa etária	Realização	Considerações
<p><i>Jogo das placas</i></p> <p>Materiais utilizados: O jogo foi confeccionado com papel cartão verde recortado em círculos grandes e fixado com fita adesiva a palitos de churrasco, imagens coloridas de alimentos/preparações, impressos em papel A4.</p>	<p>Conhecer os hábitos alimentares das crianças</p>	<p>Pré-escolar/ Escolar</p>	<p>Cada criança recebeu uma plaquinha e foram instruídas a levantá-las à medida que visualizassem um alimento/preparação que consumissem no desjejum, almoço e jantar. À medida que as imagens eram exibidas uma criança era selecionada para fixá-las no mural.</p>	<p>Se fez indispensável para a realização desta atividade o conhecimento prévio sobre quais alimentos compõem o hábito alimentar local.</p>
<p><i>Colorindo os alimentos que comemos.</i></p> <p>Materiais utilizados: Para essa atividade foi utilizado um modelo de questionário ilustrativo, baseado no Guia Alimentar para a População Brasileira, impresso em papel A4. Se fez necessário ainda utilização de lápis de cor e giz de cera.</p>	<p>Avaliar o consumo habitual dos grupos alimentares que compunham as 3 refeições principais das crianças (desjejum, almoço e jantar).</p>	<p>Pré-escolar</p>	<p>As crianças foram acomodadas em cadeiras e mesas (médica de quatro crianças por mesa), cada uma recebeu uma cópia do questionário, lápis de cor e giz de cera e foram orientados pelas moderadoras a pintarem os itens que consumiam diariamente.</p>	<p>As mediadoras explicaram a cada criança, individualmente, como estas deveriam fazer a atividade, estimulando-as a dizer o nome do alimento representado em cada figura, a dizer se o consumiam no café da manhã, almoço ou jantar, e só então eram convidadas a pintar à vontade a imagem.</p>
<p><i>Estimulação Sensorial</i></p> <p>Materiais utilizados: Fitas coloridas (azul, vermelho, amarelo e branco) para confecção das pulseiras, venda para os olhos, alimentos variados, garfos e colheres descartáveis, marmitas de alumínio descartáveis.</p>	<p>Proporcionar a descoberta de alimentos até então desconhecidos, bem como avaliar quais alimentos já faziam parte da alimentação das crianças.</p>	<p>Pré-escolar/ Escolar</p>	<p>As crianças foram vendadas e estimuladas a reconhecer os alimentos (frutas e hortaliças) através do tato e do paladar. Ao final da atividade a equipe que acertou um maior número de alimentos foi premiada com uma cesta de frutas.</p>	<p>Os alimentos que necessitaram passar pelo processo de cocção para a realização da degustação, com exceção da couve refogada, não foram adicionados de qualquer tipo de condimento.</p>
<p><i>Descobrimo os alimentos (formato de aula)</i></p> <p>Materiais utilizados: Data show, notebook, slides (imagens de alimentos tidos como saudáveis e não saudáveis, imagens evidenciando as consequências causadas por uma má alimentação e de alimentos industrializados, bem como perguntas elaboradas pela equipe do projeto), copos descartáveis, óleo e açúcar, piloto, papel, fita adesiva, papel filme.</p>	<p>Promover a prática da alimentação saudável.</p>	<p>Escolar</p>	<p>Com o auxílio de um Datashow foram projetadas as imagens e indagações que fomentariam a discussão em torno da importância de se realizar práticas alimentares saudáveis, bem como os problemas decorrentes de uma má alimentação. Em seguida, foi demonstrado em medidas caseiras, as quantidades de açúcar e óleo encontrados em alguns alimentos industrializados.</p>	<p>Perguntas utilizadas: “O que é uma alimentação saudável?”, “Por que devemos realizar uma alimentação saudável?”, “Quais são os alimentos saudáveis?”, “O que é uma alimentação não saudável?”, “Quais seriam os alimentos não saudáveis?”, “O que pode acontecer quando comemos muitos alimentos não saudáveis?” e “Existe alimento proibido?”.</p>

<p><i>Mini cinema e pintura.</i></p> <p>Materiais utilizados: data show, um notebook, imagem de frutas e hortaliças impressas em papel A4, lápis de cor.</p>	<p>Proporcionar a criação de vínculos entre as crianças e os alimentos saudáveis (frutas e hortaliças).</p>	<p>Pré-escolar</p>	<p>A sala onde a atividade foi realizada foi organizada como um mini cinema, onde foi exibido o filme “Os Vegetais e Madame Blueberry”. Para a realização das pinturas referentes às imagens de frutas e hortaliças, muito dos quais presentes no filme, as crianças foram conduzidas às suas mesinhas dispostas no fundo da sala.</p>	<p>As mediadoras cuidaram para que as crianças ficassem adequadamente posicionadas e organizadas durante a exibição do filme, bem como durante a mudança de atividades.</p>
<p><i>Roda de histórias (Chapeuzinho vermelho e o incrível Lobo Bom), associada pintura.</i></p> <p>Materiais utilizados: imagens referentes à história (impressas em papel A4), atividade contendo a figura de uma cesta de alimentos saudáveis e outra contendo doces (impressas em papel A4).</p>	<p>Propiciar a criação de vínculos entre as crianças e a alimentação saudável.</p>	<p>Pré-escolar</p>	<p>As crianças e as mediadoras sentaram-se no chão da sala, formando um círculo, à medida que a história ia sendo contada as imagens correspondentes à narrativa eram mostradas. Em seguida as crianças receberam a atividade de colorir e foram instruídas, com base na história que havia sido contada, a pintar apenas a cestinha que continha os alimentos que ajudariam a vovó a viver com saúde.</p>	<p>No decorrer da historinha, foram feitas perguntas como: “você sabem quais são os alimentos que fazem bem para a saúde?” e “você sabem quais são os alimentos que quando comemos muito podem fazer mal à saúde?”.</p>
<p><i>Teatro de fantoches</i></p> <p>Materiais utilizados: TNT branco e colorido, viés colorido, ilhoses, barbante, tinta guache colorida, cola colorida 3D, meias, olhos esbugalhados, pincel, pistola e bastões de cola quente, tesoura.</p>	<p>Estimular as crianças a participar do cultivo de uma pequena horta na creche, demonstrar a importância de se experimentar novos alimentos, ampliar o vínculo das crianças com as frutas e hortaliças.</p>	<p>Pré-escolar e escolar</p>	<p>Em um espaço aberto, as cadeiras foram dispostas, sendo que a cortina do teatrinho foi fixada numa janela que dava para uma pequena salinha de onde a equipe do projeto pode manipular os fantoches. Enquanto isso, da área aberta onde as crianças se encontravam devidamente acomodadas, podia-se visualizar apenas a cortina do teatrinho e os personagens da historinha.</p>	<p>Após o teatrinho de fantoche, as mediadoras da atividade lançaram as seguintes perguntas para as crianças: “Sobre o que fala a história? Você sabem o que é uma horta? Quem gostaria de cultivar uma horta? O que poderíamos plantar em nossa horta?”.</p>

<p><i>Horta coletiva</i></p> <p>Materiais utilizados: área para o plantio, enxada, ancinho, sacos de lixo, sementes de hortaliças, regador, água, terra vegetal, placas para horta (emborrachado, tinta guache, palitos de churrasco, cola colorida 3D, pincel).</p>	<p>Criação de vínculos entre as crianças e as hortaliças, através da promoção do contato entre as crianças e os alimentos, desde o cultivo até consumo.</p>	<p>Pré-escolar e escolar</p>	<p>Com a área destinada ao plantio limpa, adubada e com as covas já abertas, as crianças foram divididas em três grupos, sendo que o grupo A ficou responsável por colocar as sementes nas covas, grupo B cobriu as sementes com terra e o C regou as leras já prontas. Cada grupo foi conduzido gradativamente ao espaço destinado ao plantio da horta e ao término da atividade todos foram encaminhados para a lavagem das mãos.</p>	<p>As mediadoras explicaram o passo a passo necessário para cultivo da horta para as crianças, ainda que elas não pudessem participar de todas as etapas (limpeza do espaço destinado a horta, adubação da terra, abertura das covas, semear, regar e cuidados pós-plantio).</p>
--	---	------------------------------	---	--

## Quadro2- atividades voltadas para a promoção da Higiene corporal

Atividade	Objetivo	Faixa etária	Realização	Considerações
<p><i>Aprendendo como escovar os dentes</i></p> <p>Materiais utilizados: Imagens de um dente, acompanhado por uma escova (impressas em papel A4) e lápis de cor.</p>	<p>Demonstrar a importância da realização de uma higiene oral adequada.</p>	<p>Pré-escolar</p>	<p>Devidamente acomodadas em suas cadeiras, as crianças ouviram atentamente uma pequena explanação acerca da importância da higiene oral, em seguida foram convidadas a realizarem a pintura de imagens relacionadas ao tema proposto.</p>	<p>Foram lançadas as seguintes perguntas para as crianças: “Você sabem por que é tão importante escovarmos os dentes?”, “Como devemos fazer para escovar os dentes corretamente?”. A partir dessas perguntas e com base nas respostas, foi iniciada uma discussão, viabilizando assim a criação do conhecimento acerca deste tema. Algumas das crianças demonstraram gestualmente como costumam realizar a higiene oral.</p>
<p><i>O Rei Leão e a Higiene Oral.</i></p> <p>Materiais utilizados: Data show, notebook, slides, kit demonstrativo para a realização da higiene oral (boca com dentes, língua, escova de dente e fita dental).</p>	<p>Demonstrar a importância da realização de uma higiene oral adequada.</p>	<p>Escolar</p>	<p>Foi realizada uma aula expositiva, onde as discentes abordaram, através do uso de imagens de desenhos animados (personagens do filme O Rei Leão), a importância da higiene oral, como prevenir a cárie e outras doenças relacionadas a uma higiene oral inadequada e a importância do uso da fita dental. Em seguida foi demonstrado, com a ajuda do kit para higiene oral, passo a passo, como escovar os dentes corretamente.</p>	<p>Durante a exibição dos slides, foram lançadas as seguintes perguntas para as crianças: “Você sabem o que é a higiene oral?”, “Para que servem os dentes?”, “Quais são os tipos de dentes?”, “Como podemos proteger os dentes?”, “O que faz mal aos dentes?”, “O que é a cárie dentária?”, “Como prevenir a cárie?”, “Quando devemos escovar os dentes?”, “Como devemos realizar a escovação?”, “Quando trocar a escova de dente?”, “Porque devemos utilizar a fita dental?”, “Como utilizar a fita dental corretamente?”. À medida que as perguntas foram sendo respondidas, o conhecimento pode ser construído com a participação das crianças. Ao serem indagadas sobre como escovar corretamente os dentes, algumas das crianças explicaram gestualmente como costumam realizar a escovação.</p>

<p><i>A Higiene do corpo (importância do banho e da lavagem das mãos)</i></p> <p>Materiais utilizados: Data show, notebook, slides ilustrados com imagens referentes aos temas.</p>	<p>Promover os bons hábitos de higiene pessoal.</p>	<p>Escolar</p>	<p>A atividade foi realizada em formato de aula expositiva, onde as extensionistas fizeram uso de imagens, além da utilização de perguntas que visavam estimular a participação das crianças.</p>	<p>As preceptoras indagaram as crianças com algumas perguntas, durante a apresentação dos slides: “Porque devemos lavar as mãos?”, “Quando devemos lavar as mãos?”, “O que é necessário para lavarmos as mãos?” e “Como lavar corretamente as mãos?”. Ao abordamos o tema da importância do banho, as imagens de micoses, piolho, assaduras e fungos, bem como outros problemas que podem ser evitados através da realização das boas práticas de higiene pessoal, foi o ponto que mais chamou a atenção das crianças.</p>
<p><i>Higiene das mãos</i></p> <p>Materiais utilizados: Tinta guache, venda para os olhos, <i>gliter</i> branco e imagens de bactérias.</p>	<p>Demonstrar de forma lúdica aos participantes como realizar a higiene das mãos corretamente, discutindo a importância da realização desta prática.</p>	<p>Pré-escolar</p>	<p>Uma cuidadora teve sua mão mergulhada em tinta guache vermelha. Em seguida, a voluntária foi orientada a lavar as mãos como habitualmente faz. Na sequência foi perguntando às crianças se as mãos estavam realmente limpas e de acordo com a resposta foram apontadas as áreas das mãos (entre os dedos, articulações, unhas e cutículas) onde havia vestígios de tinta. No segundo momento com as mãos limpas, a cuidadora teve os olhos vendados e foi colocada em suas mãos uma maçã polvilhada com <i>gliter</i> branco. Em seguida a participante foi convidada a adivinhar de que fruta se tratava e teve a venda retirada dos olhos, sendo convidada a olhar e sentir as próprias mãos, então ela foi indagada: “Você acha que as suas mãos estão limpas?”</p>	<p>As mediadoras demonstraram o passo a passo de como deve ser realizada a lavagem das mãos e as crianças foram convidadas a realizar cada um dos movimentos indispensáveis para uma lavagem adequada. Em seguida foi levantada uma discussão acerca da importância da higienização correta das mãos e os problemas que a realização inadequada desta prática pode causar.</p>

### Quadro 3- Atividades Mistas (Promoção de bons hábitos alimentares e de higiene)

<b>Atividade</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Faixa etária</b>	<b>Realização</b>	<b>Considerações</b>
<p><i>Vídeos musicais</i></p> <p>Materiais utilizados: Data show, notebook e vídeos musicais.</p>	<p>Promover o consumo de alimentos saudáveis, bem como as boas práticas de higiene.</p>	<p>Pré-escolar/ Escolar</p>	<p>Ao longo das atividades foram exibidos diversos vídeos que abordavam temas relativos às boas práticas de higiene e a importância de se consumir alimentos saudáveis.</p> <p>As carteiras eram dispostas em semicírculo, para que todos pudessem visualizar os vídeos.</p>	<p>Em muitos momentos, como durante a exibição do vídeo que demonstrava a lavagem das mãos, as crianças realizavam o passo a passo demonstrado pelos personagens do musical. Na grande maioria das vezes, cantarolavam as melodias, junto aos personagens dos vídeos.</p>
<p><i>Peça Teatral</i></p> <p>Materiais utilizados: Data show, notebook, vídeos musicais, isopor tinta guache, almofadas esteiras, TNT, barbante.</p>	<p>Potencializar o aprendizado das crianças através de uma interação efetiva na atividade e ao caráter lúdico apresentado pelo teatro.</p>	<p>Pré-escolar/ Escolar</p>	<p>A peça teatral abordou assuntos que já havia sido discutido com as crianças, como a importância do consumo de água e da manutenção dos hábitos de higiene (lavar as mãos, tomar banho e escovar os dentes). Duas extensionistas e 8 crianças que se voluntariaram participaram da peça. Sendo que as mediadoras ao mesmo tempo em que davam vida a seus personagens, conduziam a história a ser contada e assessoravam as crianças que também compunham o elenco. No decorrer da encenação ocorreram momentos musicais, onde as crianças cantaram músicas com temas relacionados ao enredo da peça.</p>	<p>As mediadoras realizaram em dois momentos os ensaios para apresentação da peça teatral, sendo que as músicas e os temas abordados na encenação já vinham sendo trabalhados em atividades anteriores.</p>



<p><i>Oficina Culinária (saladas e pizza de frutas)</i></p> <p>Materiais utilizados: Alface, hortelã miúda, tomate cereja, cenoura, pepino, uva passa, manga, suco de limão, melancia, uva, jambo, manga, uva passa, banana.</p>	<p>Promover a aceitação de preparações e ou alimentos comumente rejeitados pelo público infantil, através da utilização de novas formas de apresentação destes, bem como promover a participação das crianças no momento do preparo.</p>	<p>Pré-escolar e escolar</p>	<p>Foram selecionados grupos de três e cinco crianças para a montagem de três saladas em forma de árvore e cinco saladas em forma de pizza: cada criança contou com o auxílio de uma mediadora durante toda a montagem das preparações. Ao iniciar a atividade, os selecionados foram levados para a lavagem das mãos, em seguida receberam toucas para os cabelos, em paralelo as demais crianças relembrou o passo a passo de como deve ser realizada a lavagem das mãos corretamente. Em seguida todos foram esclarecidos sobre a importância de se utilizar touca durante o preparo dos alimentos, bem como de se lavar as mãos. Os alimentos utilizados foram dispostos em uma mesa grande e cada criança tinha a seu dispor uma bandeja para montagem da salada, ao final, todas as crianças degustaram as preparações.</p>	<p>As instrutoras apresentaram a receita a ser montada, enfatizando que as crianças preparariam uma salada em formato de árvore e pizza, contendo frutas e hortaliças variadas e muito saborosas. Para a salada em formato de pizza, foi explicado para as crianças que a melancia corresponderia a massa da pizza, devendo as demais frutas serem distribuídas sobre esta de acordo com a vontade do participante.</p>
<p><i>Oficina de Sucos</i></p> <p>Materiais utilizados: Abacaxi, hortelã, laranja, cenoura e beterraba, liquidificador, água mineral, açúcar, peneiras, jarras plásticas, copos descartáveis, colher e touca para cabelos.</p>	<p>Promover o consumo de sucos de frutas associados a hortaliças, alimentos geralmente rejeitados pelo público infantil.</p>	<p>Pré-escolar e escolar</p>	<p>Foram selecionadas inicialmente duas crianças para preparar o suco de abacaxi com hortelã. Os participantes deram início ao preparo do 1º tipo de suco, com o auxílio dos mediadores, sendo que à medida que as crianças selecionavam um ingrediente da preparação para adicionar ao liquidificador, era falado o nome do alimento eleito e exposto à visualização para o público. Para a realização do segundo tipo de suco (laranja com cenoura e beterraba) foram escolhidos dois novos voluntários, tendo sido realizado o mesmo procedimento descrito anteriormente.</p>	<p>Inicialmente foi explicado como ocorreriam as atividades, quais eram as preparações e quais alimentos seriam utilizados, sendo indagado aos participantes se eles conheciam estes alimentos e se gostavam de consumi-los.</p> <p>Ao encaminhar as crianças selecionadas para preparar os sucos para a lavagem das mãos, umas das preceptoras lembrou com os demais o passo a passo para uma lavagem adequada das mãos. Em seguida foi explicada a importância da utilização das toucas no cabelo durante o preparo dos alimentos.</p>

## **Desenvolvimento e Aspectos Gerais das Atividades**

A utilização de vídeos musicais, desenhos animados, contagem de histórias e teatrinho, foram de grande valia para a realização das atividades de educação em saúde com o público infantil, sendo interessante também a associação destas às atividades de pintura de desenhos referentes aos temas abordados. É sabido que, quando bem planejadas, as atividades lúdicas possibilitam a discussão dos mais diversos assuntos, além de possibilitar uma maior participação e envolvimento do público alvo. Na educação infantil, o lúdico facilita a aprendizagem da criança, permitindo que o conhecimento ocorra de forma prazerosa (OLIVER, 2012).

Durante a realização das atividades foi perceptível, por meio dos olhares, gestos e questionamentos das crianças, que deixavam cada vez mais transparecer o interesse em desvendar o novo universo que lhes era apresentado, a importância da interação e envolvimento proporcionado pela ludicidade. A escolha do lúdico, como estratégia pedagógica utilizada, proporcionou ainda uma maior facilidade de comunicação entre os estudantes e as mediadoras, fazendo com que as mensagens fossem bem compreendidas e conseqüentemente, aprendidas pelas crianças.

Em se tratando das atividades “em formato de aula” geralmente utilizadas com as crianças em idade escolar, podemos encontrar seu caráter lúdico na utilização das imagens de desenhos e principalmente pela forma dinâmica com a qual os temas eram abordados, visando sempre promover discussões e fomentar o conhecimento. No decorrer deste trabalho notamos ainda que o cansaço e aparente desinteresse, algumas vezes notado nos escolares, poderiam ser decorrentes do grande número de informações trabalhadas em uma única atividade. Vale ressaltar que segundo Parra e Bonato (2004), a transmissão excessiva de informações é a principal causa de insucesso dos programas de Educação Nutricional. Outra questão importante foi a necessidade de elaborar atividades que despertassem o interesse desse grupo que,

por estarem numa fase mais desenvolvida, estavam mais sujeitos aos apelos da era tecnológica e mais difíceis de serem satisfeitos do que os pré-escolares. Nesse contexto, a equipe foi desafiada a redobrar o cuidado no que tange a idealização e montagem das atividades, bem como na quantidade de informações desenvolvidas, buscando sensibilizá-los com recursos mais simples e “tradicionais”.

Já o envolvimento da comunidade escolar no cultivo da horta e a participação nas oficinas culinárias, nos permitem afirmar que houve uma sensibilização acerca da importância do consumo de frutas, verduras e legumes, ou seja, da importância de bons hábitos alimentares para promoção da saúde. Assim, a horta, configurou-se como uma estratégia eficaz e eficiente para a sensibilização sobre os benefícios de práticas alimentares saudáveis e a criação de vínculos entre as crianças e estes alimentos, bem como as oficinas culinárias que proporcionaram às crianças conhecerem novos sabores e texturas, motivando um consumo saudável. Ao discutir a importância da educação nutricional na infância, Parra e Bonato (2014) afirmam que o desejo de ajudar a preparar um bolo, degustar, sentir seu cheiro e apertar os alimentos, também configuram uma maneira de aprender, para tanto as autoras alegam que a curiosidade não se manifesta somente através das indagações, estando o conhecimento também passível de ser degustado, o que foi visto na prática ao observar o prazer com o qual as crianças consumiram as saladas preparadas, em formato de árvore e pizza, e aceitaram os sucos com hortaliças, após as oficinas. Tais colocações nos servem como respaldo, quanto à qualidade e assertiva do trabalho desenvolvido.

Muito embora as mudanças nos hábitos não sejam fáceis de serem realizadas, demandando de certo tempo para que estas se configurem, ao longo das atividades desenvolvidas, foi possível notar que um número relevante de crianças aderiu à prática correta de lavagem das mãos, notou-se ainda que muito embora o consumo de lanches como salgadinhos se destaque, foi observado um aumento no consumo de frutas, como melancia, banana e

jambo, no horário destinado a realização dos lanches. A solicitação das crianças para que os pais e/ou responsáveis incluíssem alimentos saudáveis nas suas lancheiras, bem como a necessidade de se justificar para as cuidadoras e dirigentes da creche, quando isso não ocorria, também foram expressões da importância das ações educativas na formação de valores alimentares nestas crianças.

### **Considerações Finais**

O projeto permitiu às discentes envolvidas continuar o seu processo de formação, desenvolvendo habilidades como criatividade, capacidade de solução de problemas, estabelecimento de relações com discentes de outros cursos, com crianças em diversos níveis de desenvolvimento e aprendizagem, cuidadoras, além da administradora do estabelecimento. Essa troca de conhecimento e de percepção das possibilidades das ações de educação em saúde favoreceu um olhar mais ampliado e a construção de relações interpessoais mais generosas e companheiras.

Também foi possível fortalecer a compreensão da importância da Educação Alimentar e Nutricional, desenvolvendo formas de executá-la construindo junto, utilizando a criatividade, experimentando. A importância da Educação Nutricional na infância é inquestionável, uma vez que muitos dos hábitos e preferências alimentares são adquiridos nesta fase da vida, estando uma alimentação inadequada associada ao desenvolvimento de diversas patologias. Nesse contexto, o lúdico apresentou-se como uma estratégia pedagógica de grande valia, facilitando a abordagem dos temas e promovendo uma maior participação e interesse por parte do público alvo. No que tange o trabalho realizado, podemos ratificar que o caráter lúdico das atividades desenvolvidas foi fundamental para adesão das crianças e alcance dos objetivos traçados.

## Referências

BAPTISTA, G.; EL HANI, C. Diálogo entre modos de conhecer no ensino de biologia. In: **Anais do IV Encontro Nacional de Pesquisa e Ensino de Ciências**. Belo Horizonte: ABRAPEC, 2007.

BRASIL. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

BOOG, M. C. F. Educação nutricional em serviços públicos de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, Supl. 2, p.139-47, 1999.

FAGIOLLI, D.; NASSER, L. A. **Educação Nutricional na infância e na adolescência**: planejamento, intervenção, avaliação e dinâmicas. São Paulo: Editora RCN, 2006.

GANDRA, Y. R. Assistência alimentar por médio de centros de educação e alimentação do pré-escolar. **Boletim de la Oficina Sanitária Panameicana**, v. 74. 2000.

HANSEN, K. S. et al. Hábitos de higiene: é cedo que se começa. In: **Fórum Internacional Integrado de Cidadania: Educação, Cultura, Saúde e Meio Ambiente**. Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus Santo Ângelo/RS, abril de 2006.

MANÇO, A. M.; COSTA F. N. A. Educação nutricional: Caminhos possíveis. **Revista Alimentação e Nutrição**, Araraquara, v. 15, n. 2, p. 145-53, 2004.

MARTINS, D.; WALDER, B. S. M.; RUBIATTI, A. M. M. Educação nutricional: Atuando na formação de hábitos alimentares

saudáveis de crianças em idade escolar. **Revista Simbio-Logias**. São Carlos, v. 3, n. 4, p. 86-102, jun. 2010.

OLIVER, G. C. **A importância do brincar na Educação Infantil**. 2012. Trabalho de Conclusão (Graduação) - Universidade Veiga de Almeida. Rio de Janeiro, 2012.

PARRA, J. A. Q.; BONATO, J. A. S. Educação Nutricional na Infância. **Nutrição Saúde e Performance - Anuário de Pediatria**, p. 28-33, 2004.

PARRA, J. A. Q.; BONATO, J. A. S.; Aconselhamento Alimentar para crianças, In: GALISA, M. et al. **Educação Alimentar e Nutricional da Teoria à prática**. São Paulo: Editora Roca, 2014, p. 65- 84.

RIGO, N. N. et al. Educação Nutricional com Crianças Residentes em uma Associação Beneficente de Erechim, RS. **Vivências: Revista Eletrônica de Extensão da URI**, v. 6, n.11, p.112-18, Out. 2010.

SILVA, E. C. R.; FONSECA, A. B. Abordagens Pedagógicas em Educação Alimentar e Nutricional em Escolas no Brasil. In: **VII Encontro Nacional de Pesquisa em Educação em Ciências**. Florianópolis, nov. 2009.

SILVA, R. et al. Saúde Pública Nutricional: o programa nacional de alimentação escolar (novos paradigmas). In: ANGELIS, R. C; TIRAPEGUI, J. **Fisiologia da nutrição humana: aspectos básicos, aplicados e funcionais**. São Paulo: Atheneu, 2007, p. 275-310.

**UMA EXPERIÊNCIA COM DIPLEGIA  
ESPÁSTICA CEREBRAL E OS  
DEVIRES DO (MEU) SER PESSOA E  
BACHAREL(ANDA) EM SAÚDE:  
problematização e reflexividade a respeito de o  
normal e o patológico à luz de  
Georges Canguilhem**

*Críssia Maria Magalhães Santos  
Fran Demétrio*

Desde o princípio da minha existência, mais precisamente, desde um ano de idade, os termos paralisia cerebral e diplegia espástica cerebral se fizeram constantes em minha vida. Para os médicos e fisioterapeutas que me acompanham, desde então, eu sou uma portadora de Diplegia Espástica Cerebral (DEC), ou de um dos tipos de paralisia cerebral.

Segundo Fernandes et al. (2004) a paralisia cerebral é definida como uma condição decorrente de uma lesão no encéfalo, de caráter não progressivo. No caso da diplegia a pessoa apresenta uma menor funcionalidade dos membros inferiores, uma vez que a rigidez muscular neles é maior.

Na perspectiva biomédica, a diversidade funcional é vista apenas como uma disfunção fisiológica, sem considerar a pessoa que a possui e o modo como esta compreende o seu corpo, a sua saúde-enfermidade e o seu ser pessoa no mundo. No paradigma biomédico, conforme Camargo Jr. (2007):

As doenças são coisas, de existência concreta, fixa e imutável, de lugar para lugar e de pessoa para pessoa; as doenças se expressam por um conjunto de sinais e sintomas, que são manifestações de lesões, que devem ser buscadas, por sua vez, no âmago do organismo e corrigidas por algum tipo de intervenção concreta (CAMARGO JR, 2007, p. 65).

Neste paradigma, muitas vezes, a pessoa que possui uma doença é vista como um ser incapaz de realizar as atividades motoras anatomicamente consideradas normais; um desvio do padrão. E este, como todo desvio, deve ser procurado em seu cerne, identificado, classificado e corrigido, de forma a restabelecer a normalidade anterior do corpo, antes perdida em meio à disfunção.

Mas o que é a normalidade? Será que existe realmente um estado patológico e um estado de normalidade? Dentro dessa possível dicotomia, que aparece colocada cientificamente pelo modelo biomédico, posso ser considerada como patológica ou normal?

Como objeto desta reflexão e problematização toma-se o autorrelato de minha experiência na condição de ser singular funcionalmente, no que se refere à capacidade do meu corpo de se inventar e reinventar ao desempenhar suas funções, a qual é socialmente conhecida por deficiência física, aqui referida como diversidade funcional, por compreender a epistemologia de Georges Canguilhem (2009), que defende que a concepção das ciências biológicas sobre disfunção não passa de um fato biológico, e assim sendo, a condição socialmente conhecida como deficiência também é um fato biológico de diferenciação, e não necessariamente algo patológico (CANGUILHEM, 2009; PEREIRA, 2009).

Por considerar a relevância acadêmica, científica e social de uma discussão sobre esse tema, o presente trabalho tem por objetivo tecer reflexões a respeito da normalidade e do patológico, tomando como fio condutor uma experiência de adoecimento com DEC,



de modo a propor uma problematização a respeito do assunto e uma ampliação do olhar perante as diversidades funcionais, para além dos olhares reducionista e depreciativo com que elas têm sido tratadas ao longo da história, em especial no campo da saúde.

### **Uma breve apresentação da minha metabiografia: a escolha do objeto de estudo e os (trans)cursos metodológicos**

Tudo começou há três anos, quando através do Enem escolhi ingressar no Bacharelado Interdisciplinar em Saúde, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Naquela época (em 2010), talvez eu nem soubesse o porquê estava de fato ingressando neste curso, mas, atualmente, rememorando tudo o que foi vivido durante o meu percurso de vida, percebo que foi a ânsia de (re)pensar a minha própria definição de saúde que me fez escolhê-lo.

As definições que “o mundo” até então tinham elaborado sobre minha diferença funcional nunca fizeram sentido para mim e nunca me satisfizeram. Dessa forma, a vontade de escrever esse trabalho saiu do plano das ideias e se transformou em realidade, ou melhor, na contínua construção de uma realidade, que por ser real e dinâmica, transforma-se e se reforma constantemente.

Neste trabalho, não pretendo estabelecer noções de certo e errado, melhor ou pior. Espero apenas incitar uma reflexão a respeito do assunto, mostrando a perspectiva do meu olhar, com refrações e reflexões ganguilhemianas, sobre o que foi vivido e ressignificado por mim ao longo desses anos. Para isso, busquei (an)coragem teórica na obra “O Normal e o Patológico”, de autoria do filósofo, médico e epistemólogo francês Georges Canguilhem.

O presente trabalho insere-se na abordagem qualitativa da pesquisa em saúde, do tipo relato autobiográfico como seu principal método de estudo. A escolha do método autobiográfico se deu, por considerar assim como Bueno (2002), a importância de um novo

modo de se conceber e pensar a ciência, na qual possa haver um reencontro do pesquisador com a sua subjetividade. Para a construção da primeira parte do relato da história vivida pela pessoa que vos escreve foram realizadas entrevistas com os pais da mesma; tais entrevistas possibilitaram a obtenção de relatos, os quais foram divididos de acordo com os meus primeiros períodos de vida. Esses incluem desde o período da gravidez, do diagnóstico da diversidade funcional, e os primeiros tratamentos realizados, os quais ocorreram durante a minha primeira infância. Tais entrevistas, foram realizadas com o intuito de recontar a minha estória, para além de memórias próprias, e por considerar que os períodos acima citados têm suma importância para a concretude e consistência do presente trabalho, em sua busca pela reflexividade perante o olhar de quem viveu e vive a diversidade funcional.

A segunda parte do relato de experiência, foi escrita através de memórias próprias a respeito do itinerário terapêutico percorrido por mim, durante os últimos 13 anos; essas experiências vão desde o início da minha adolescência (aos treze anos) até o ano de 2014.

### **A minha chegada ao mundo (da família) e implic(a)ções**

Minha mãe descobriu que estava grávida! A gravidez foi recebida com festa e muita alegria pela minha família, afinal era um desejo antigo se tornar mãe. Tudo ocorreu como o esperado por qualquer gestante e familiar, o acompanhamento pré-natal foi realizado rigorosamente e tudo estava dentro das normas médicas, ou seja, eu estava me desenvolvendo “normalmente” e chegaria ao mundo brevemente, para a satisfação geral da família.

Para Canguilhem (2009), o termo ‘norma’ diz respeito a enquadramento, o que está em um ponto mediano ou central. Partindo dessa perspectiva, “é normal àquilo que está de acordo com a conformidade” (CANGUILHEM, 2009). O termo também é utilizado para se referir à maioria dos casos, algo que é comum ocorrer em uma determinada espécie.

No presente relato, ao se referir à gestação da minha mãe, ambos os sentidos foram empregados. Isto porque o meu desenvolvimento deveria seguir um enquadramento, um roteiro pré-estabelecido, de acordo com o que era comum para a ciência obstétrica ocorrer nas gestações humanas, em conformidade com o que fora fixado enquanto norma, a partir de uma decisão normativa do saber biomédico (CANGUILHEM, 2009).

Contudo, a gravidez “fugiu” às normas médico-obstétricas quando minha mãe completou cinco meses de gestação. Ao realizar suas atividades rotineiras, ela sentiu uma dor na região pélvica, mas nada que a classificasse como forte. Foi para casa e realizou suas atividades rotineiras sem nenhum incômodo.

Ao acordar no período da noite, percebeu que tinha algo fora do comum, estava molhada e sentia cólicas abdominais recorrentes. Foi levada, então, ao hospital local Nossa Senhora da Conceição, situado na cidade de Sapeaçu-BA, minha cidade natal, onde passei todo o período de minha infância. Já no hospital, o médico obstetra que acompanhou minha gestação, diagnosticou que minha mãe havia sofrido uma amniorrexe prematura, a qual consiste no rompimento da bolsa amniótica com saída ou não de líquido antes do parto. Esse rompimento pode ocasionar parto prematuro, e de forma secundária infecções no feto ou na gestante, as quais podem levar ambos a óbito (DAHER et al., 1999). No presente caso, a bolsa amniótica havia rompido com saída quase que total do líquido, colocando-me sob alto risco de não desenvolvimento físico e de morte.

O médico, na tentativa de restabelecer a norma, receitou um fármaco antimuscarínico, para inibir as contrações dos músculos intrauterinos. Além disso, indicou que a minha mãe realizasse uma ultrassonografia para saber como eu estava, juntamente com a recomendação de repouso absoluto durante todo o período da gestação. A ultrassonografia mostrou que eu estava me desenvolvendo como o esperado, porém minha mãe, seguindo recomendações médicas, somente podia levantar-se para realizar as

necessidades fisiológicas básicas (isso não incluía as refeições, que eram realizadas enquanto ela permanecia deitada). Minha mãe, ao saber do fato, no começo, entrou em desespero e iniciou, como afirma Canguilhem (2009), um processo patológico, no qual adentrou em um sentimento concreto de sofrimento perante a impotência, diante da situação vivida. Pois, apesar de não querer comprometer meu desenvolvimento, também queria concluir o ano no magistério. Semanalmente, eram realizadas ultrassonografias para saber se eu ainda estava viva e me desenvolvendo dentro dos padrões considerados biomedicamente normais.

À luz de Bonetti (2004), minha mãe se percebia em um novo mundo, um mundo muito mais limitado, que lhe impunha novas normas de vida, por conta de uma redução no nível das atividades que estava acostumada a desempenhar antes da prescrição do repouso absoluto. O essencial para ela naquele momento era sair de um abismo de impotência perante a minha vida e a sua própria, o qual ocasionava o sofrimento diante da situação experienciada (CANGUILHEM, 2009).

Entre algumas intercorrências, minha mãe me pariu de parto natural, sem qualquer complicação durante e após o parto, às 7 horas do dia em que completávamos 7 meses de gestação. Dia 27 de agosto do ano de 1993, nascia a pessoa que vos escreve, prematura, medindo 54 cm e pesando 1,8 kg.

Apesar do meu baixo peso (segundo normalizações biomédicas) e das dificuldades da gestação, não foi diagnosticado por nenhum dos exames neonatais realizados, incluindo o teste do pezinho, qualquer atividade biológica considerada patológica.

Porém, devido ao histórico da gestação, da minha prematuridade, baixo peso, da falta de incubadoras e infraestrutura do hospital Nossa Senhora da Conceição naquela época, aliados ao risco de infecção hospitalar e outras complicações em caso de transferência para o Sagrada Família, a equipe médica do hospital e o médico obstetra que acompanhou a gestação de minha mãe, decidiram com precaução que o mais prudente diante das

circunstâncias, seria o acompanhamento domiciliar durante os próximos dois meses. Período este, considerado pelos médicos como de risco de morte para um prematuro, com o meu histórico neonatológico. No entanto, isso se fez necessário com o objetivo de preservar meu adequado desenvolvimento.

### **Do meu retorno para casa ao diagnóstico clínico de DEC**

Enfim, de volta para casa! Passado o período de risco, o médico pediatra que me acompanhava constatou que estava me desenvolvendo normalmente como o esperado para qualquer bebê da minha idade, e como os exames não indicavam qualquer alteração, eu fui considerada como um bebê normal.

Após completar 6 meses de vida, meus pais perceberam que havia algo fora do comum: eles me colocavam sentada e eu não conseguia permanecer na posição e logo caía. Então, começaram a busca por ajuda, dando início, assim ao meu itinerário terapêutico.

O itinerário terapêutico refere-se aos caminhos percorridos pelos indivíduos, aos acontecimentos e tomada de decisões na busca pela recuperação e tratamento de uma enfermidade. Esses podem utilizar-se de diferentes recursos, os quais incluem desde as práticas religiosas e caseiras, até os recursos biomédicos predominantes (CABRAL, 2011 et al.; MARTINEZ, 2006). Alves e Souza (1999) afirmam que “o itinerário terapêutico se sustenta na evidência de que os indivíduos e grupos sociais encontram diferentes maneiras de resolver os seus problemas de saúde”. Assim sendo, a escolha do itinerário a ser percorrido, está intimamente associada às questões sociais e culturais as quais a pessoa está imersa (ALVES; SOUZA, 1999). No presente caso, meus pais optaram pela escolha dos recursos biomédicos predominantes na atenção à saúde, e recorreram, primeiramente, a uma pediatra.

Durante a realização da minha consulta com a pediatra, a mesma realizou o diagnóstico somente pelas minhas características

físicas, e informou aos meus pais que eu era portadora da Síndrome de Down. Esta síndrome foi definida por Lejeune em meados do século XX, como um “acidente genético, no qual o par cromossômico 21 sofria o acréscimo de mais um cromossomo” (WUO, 2007). Minha mãe relatou que a médica utilizou a expressão ‘Mongol’ (a mesma utilizada por Down) para me definir, quando ela pediu uma explicação mais detalhada sobre a síndrome.

Após o diagnóstico, minha mãe entrou em desespero, pois naquela época nem ela nem meu pai conheciam qualquer coisa sobre a doença, e somado a isso, socioculturalmente ser portador de Síndrome de Down, como afirma Canguilhem (2009) em relação a estar doente, significava ser nocivo e indesejável; isso representava desvalorização social, já que a pessoa com a doença era vista como um ser sem capacidade alguma. Enquanto que meus pais desejavam para mim, mesmo que de maneira inicialmente inconsciente, a saúde, atrelada a valores de uma vida longa, na qual eu pudesse ser capaz de me reproduzir, de trabalhar, de ser forte e nunca sentir dor.

Mas logo o desespero cessou dando lugar a imensa vontade de que eu crescesse feliz. Passado algum tempo, minha mãe decidiu procurar o auxílio de outra pediatra, a qual invalidou o diagnóstico anterior, e apesar de não conseguir fazer um diagnóstico preciso sobre minha condição, informou para meus pais que eu precisava de sessões de fisioterapia constantemente. Como na cidade não contava com tais práticas, por inexistência de profissionais especializados, nós viajávamos semanalmente até a cidade de Cruz das Almas-BA, para fazer as sessões.

Conforme as sessões de exercícios e fisioterapia eram realizadas eu progredia. Contudo, por falta de recursos financeiros parei de frequentar as sessões antes de completar um ano de vida.

Após meu aniversário de um ano, um médico próximo da família, indicou que meu pai entrasse em contato com um neurologista, pois segundo os sinais clínicos apresentados por mim provavelmente minha deficiência estava nos membros inferiores do corpo e não na coluna, como outros médicos alegavam. Ao ouvir

o relato sobre o caminho percorrido pelos meus pais em busca de um diagnóstico, a neurologista decidiu me encaminhar para Feira de Santana a fim de realizar os exames necessários a um possível diagnóstico. No entanto, devido a alguns imprevistos não foi possível realizar essa consulta e fomos encaminhados para a Rede SARAH em Salvador-BA.

Na minha primeira consulta, fui atendida por uma equipe multidisciplinar composta por um psicólogo, uma neuropediatra, uma fisioterapeuta, um assistente social, um fonoaudiólogo e um nutricionista. Eles solicitaram que meus pais contassem toda a minha história, da gestação até o presente momento. Após a triagem, a equipe se reuniu e em seguida retornaram para dialogar com meus pais e em conjunto informaram o diagnóstico “final”. Após este, veio a surpresa e o desencanto por parte dos meus pais. Na época o estigma social carregado pelo termo deficiência era grande.

A simples utilização do termo deficiência estava carregada de juízo de valor negativo, o qual trazia implícito em seu discurso, a ideia daquele que foge da norma social e que não atende as expectativas relacionadas ao corpo esperado por essa sociedade, sendo ineficiente, e como consequência deveria ser excluído dos meios sociais. Puppín (1999) argumenta que “o termo deficiência só surgiu como um conceito na época em que a eficiência passou a ser o esperado para se extrair da vida”. Aquilo que não é eficiente para atender as demandas sociais (e eu acrescentaria - econômicas) é deficiente, contrário, e se não for isolado, deve ser tratado para se restabelecer, ou se isso não for possível, deve ao menos chegar próximo da norma.

## **Do Diagnóstico aos tratamentos**

Concluído o diagnóstico, a mesma equipe prosseguiu com as primeiras terapêuticas, que incluíam sessões de fisioterapia, natação, e acompanhamento psicológico. As sessões de natação e

fisioterapia eram, inicialmente, realizadas toda semana. As mesmas consistiam em exercícios de fortalecimento dos membros inferiores, aliados à manutenção da força dos membros superiores, objetivando evitar possíveis lesões nos mesmos. O acompanhamento psicológico era realizado a fim de observar como eu reconhecia meu corpo e as terapêuticas que eram realizadas nele. A psicóloga também acompanhava meus pais, observando o modo como eles enfrentavam o diagnóstico, enxergavam meu corpo, minhas possibilidades e as minhas necessidades enquanto pessoa.

A medida que eu progredia nos exercícios e realizava novos movimentos corporais, as sessões ganhavam um intervalo maior de tempo. Nos primeiros períodos, após o diagnóstico, as sessões eram realizadas de sete em sete dias e uma vez por semana; logo depois, quando comecei a usar órteses de apoio e auxílio à marcha, esse intervalo aumentou para uma vez a cada quinze dias. A equipe realizava os exercícios e minha mãe era incumbida da tarefa de repeti-los diariamente em casa.

Segundo Canguilhem (2009), a fronteira entre o normal e o patológico não é claramente visualizada, se várias pessoas forem consideradas e comparadas com outras simultaneamente, mas, é perfeitamente visualizada se um único e mesmo indivíduo for considerado e comparado consigo mesmo, sucessivamente ao longo de sua vida. Mediante tal reflexão e observando minha estória desde o princípio, é possível compreender que se em algum momento da vida eu fui considerada como patológica, nesse momento, traçando uma comparação entre minhas condições antes e minha condição em outro dado tempo, eu era normal, tendo em vista o meu progresso e a capacidade do meu corpo de instituir novas normas.

Aos nove anos de idade as sessões de fisioterapia tinham ficado para trás. Eu realizava somente consultas periódicas para análise dos meus reflexos, espasmos (os quais eram recorrentes na época), equilíbrio e força dos membros inferiores. Foi nessa mesma época que o andador deu lugar às muletas. Apesar do esforço da



equipe em me deixar contente com a mudança, lembro que não fui muito receptiva a elas. Eu estava tão acostumada ao andador (afinal havia crescido na companhia dele), que para mim ele já era parte do meu corpo e tirá-lo de mim para substituí-lo por dois objetos totalmente estranhos, foi muito difícil. Eu sonhava com a ideia de deixá-lo um dia para andar sozinha, afinal era esse o incentivo que recebia dos meus pais e da família cada vez que progredia. Porém meu corpo não respondia como o esperado pela biomedicina, ele era e é, arrisco-me a dizer, inventor de suas próprias normas. E o que hoje eu enxergo como algo positivo, foi frustrante na época, apesar da precaução médica em afirmar meu progresso.

Os médicos ortopedistas e as fisioterapeutas já haviam elucidado, logo quando informaram meu diagnóstico, sobre a possível necessidade de no futuro realizar essa cirurgia. Um ano e seis meses depois da suspeita médica, o esperado aconteceu. Eu já não conseguia caminhar, como o de costume, nem até o colégio. Minhas pernas não realizavam mais o estiramento, e meus joelhos, devido à sobrecarga, doíam muito. Nessa época, por causa das dificuldades na marcha eu comecei a frequentar menos a escola.

Em 2006, após as avaliações clínicas sobre a minha condição, a junta médica decidiu optar pela cirurgia de alongamento dos flexores mediais do joelho, desde que eu e minha família concordássemos. Eles explicaram todos os procedimentos que seriam realizados antes e durante a cirurgia, explicaram também que o alongamento dos flexores médios do joelho poderia não ocorrer como o esperado, pela intervenção cirúrgica, e sofrer reação inversa, deixando-me na dependência de cadeira de rodas. Comunicaram-me sobre as cicatrizes que ficariam no local, e todo o trajeto do pós-operatório e sobre as terapias de recuperação. Salientaram que como eu ficaria um mês imobilizada, havia a possibilidade de minhas pernas sofrerem um atrofiamento leve, e por conta disso, aliado a já característica falta de tônus e força muscular da diplegia, eu provavelmente teria que recuperar a maior parte do que conquistei ao longo da minha vida, durante os próximos anos.

Diante dos prós e dos contras expostos pela equipe médica na reunião, eu e minha família decidimos pela cirurgia, pois queria voltar a minha antiga norma. Nesse momento, o normal para mim, como afirma Carguilhem (2009), significava retomar as atividades que foram interrompidas. Contudo, na possibilidade de que tal situação já não fosse alcançável, gostaria de poder realizar ao menos atividades que fossem equivalentes as que eu deixei de desempenhar.

Segundo Souza et al. (2013), o processo cirúrgico de alongamento dos tendões flexores do joelho:

[...] é reservado para os casos graves de adolescentes ou adultos jovens. Nas crianças, quando for necessário, o alongamento dos flexores de joelho deve ser cuidadosamente planejado e ser o mais econômico possível, procurando preservar parte da força flexora do joelho e extensora do quadril (SOUZA et al., 2013, p. 4).

Seguindo essa lógica, a cirurgia aconteceu no dia 24 de julho de 2006, às 9 horas, de um dia de sol. A cirurgia foi considerada satisfatória para os médicos ortopedistas. Eu acordei por volta das 16:30 horas e fui encaminhada até a enfermaria do hospital, quando dei por mim, observei que dois gessos imobilizavam minhas pernas por inteiro. O gesso incomodava mais que tudo no mundo, não conseguia me movimentar direito na cama, e por conta disso, passava horas em claro. Durante o dia tudo era monótono, sem graça, e o que eu queria mesmo era voltar para casa.

Depois de quatro dias no hospital, meu sonho se realizou. Após avaliação com o ortopedista e análise da cicatrização das minhas pernas eu recebi alta. Finalmente, poderia voltar para casa, agora com residência em Cruz das Almas-BA.

Passado alguns dias eu decidi voltar para a escola, pois queria recuperar as aulas perdidas e estava sentindo falta dos meus colegas. Mas por conta da dificuldade de locomoção, não consegui voltar. A cidade de Cruz das Almas, como a maioria das cidades brasileiras, as

quais foram e são construídas para atender somente as demandas da normatividade padrão, sem considerar as múltiplas normatividades e suas singularidades, não possuía transporte adaptado para cadeiras de rodas, e a escola era muito distante da casa da minha tia, além do que a rua não tinha calçamento, o que dificultava ainda mais a minha locomoção. Apesar de não me sentir satisfeita, resolvi aceitar a situação, e minha mãe solicitou exercício escolar domiciliar.

No retorno ao hospital, o gesso foi substituído por uma órtese de contenção, a qual era tão incômoda quanto o gesso. O objetivo da utilização da órtese era que as pernas permanecessem alongadas, garantindo assim o ganho com a cirurgia. Eu deveria utilizá-la quanto tempo fosse possível, essencialmente na hora de dormir. E até o momento realizo as sessões de fisioterapias para melhorar o meu tônus muscular.

Hoje, ao relembrar todo esse percurso, percebo que ao escolher passar por todo o processo cirúrgico e de reabilitação pós-cirúrgica, como afirma Safatle (2011) em sua leitura canguilhemiana, eu estava à procura de, para além do restabelecimento de minha própria norma, superar meus limites. E o meio pelo qual encontrei para tal superação estava presente nesse processo, inclusive nas dores (em toda sua multiplicidade) suscitadas pela cirurgia, dor autocriadora, que conforme Nietzsche (1987) citado por Safatle (2011), fez-me aprofundar em mim mesma.

Chegado o término do ano de 2010, eu havia optado por estudar fisioterapia e como segunda opção psicologia, porém, não tinha ainda uma opção definida. Penso que minhas escolhas naquela época haviam sido profundamente influenciadas pelas minhas experiências com a enfermidade e os tratamentos construídos (e hoje ainda é assim). Eu havia crescido no ambiente hospitalar, e as profissões que eu mais havia tido contato para além dos médicos, eram essas, através da figura das minhas fisioterapeutas e psicólogas. Tendo se mostrado muito mais presentes durante o período de reabilitação da cirurgia, o qual foi o período marcante para mim.

Eu iria fazer o Exame Nacional do Ensino médio (ENEM), unicamente para ganhar experiência, e no ano seguinte iria começar o curso pré-vestibular. Assim, fiz o Enem em 2010 e o realizei sem qualquer preocupação em ser aprovada. Em janeiro de 2011, após um bom resultado nas provas, eu decidi utilizá-lo para tentar uma vaga na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). No entanto, ainda não tinha ideia de qual curso iria pleitear uma vaga. Eu só conhecia dois cursos da mesma, o de agronomia e o de biologia, por isso decidi pesquisar mais sobre a universidade no site da instituição.

Na tentativa de achar um curso que despertasse o meu interesse, por acaso, acabei lendo sobre uma modalidade inovadora e diferente de formação em saúde ofertado pelo Centro de Ciências da Saúde da UFRB. O curso de graduação denominava-se Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS) e consistia em três anos com uma formação geral em saúde, com a possibilidade de ingressar em um segundo ciclo de formação após a conclusão do mesmo, nos cursos oferecidos pelo respectivo centro de ensino. Confesso que o nome do curso me causou certa estranheza - Bacharelado Interdisciplinar em Saúde, mas a proposta político-pedagógica me atraiu muito; eu não sabia o que queria, e lendo sobre ele, vi uma oportunidade de me decidir enquanto cursava um curso superior.

Eu decidi experienciar a proposta e optar pelo referido curso no Sistema de Seleção Unificado (SISU), utilizando meu desempenho no Enem 2010, afinal era uma tentativa e como minha mãe havia dito, eu não tinha qualquer obrigação de ser aprovada, e mesmo que fosse aprovada e não gostasse do curso, poderia desistir e tentar outros vestibulares conforme fosse amadurecendo as ideias sobre possíveis profissões a seguir.

O resultado do SISU foi divulgado uma semana depois, e para minha surpresa eu estava entre os selecionados. Entrei em profundo estado de contentamento. Eu sabia que muitas pessoas em minha condição, extremamente capazes, apesar de sonharem com isso não tinham tido as mesmas oportunidades, e por tal motivo

não conseguiram realizar o sonho de cursar o ensino superior, e muito menos, em uma universidade federal.

Por tal motivo eu estava, naquele momento, extremamente grata a minha família por ter acreditado em minhas potencialidades e ter cuidado tão bem de mim, mesmo quando o mundo social muitas vezes afirmava o contrário.

### **O Bacharelado Interdisciplinar em Saúde: a (minha) vivência com DEC no contexto de uma formação problematizadora e crítico-reflexiva em saúde**

Ingressei no curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS), do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, no primeiro semestre do ano de 2011. Estava ansiosa por ter a oportunidade de vivenciar uma nova realidade acadêmica, e ávida por entrar em contato com novos tipos de conhecimentos.

Para a minha surpresa, o Bacharelado Interdisciplinar em Saúde possuía uma proposta curricular bem diferente dos cursos tradicionais da área da saúde, o que de início me provocou certa estranheza. Porém logo depois das primeiras semanas de aulas, a estranheza deu lugar à satisfação. A cada texto lido, uma reflexão, um novo conhecimento construído, uma ampliação do olhar crítico sobre a realidade. As aulas no formato problematizador e construtivista, me provocava à desconstrução de paradigmas e me estimulava a reconstruir sob nova perspectiva, todo o conhecimento. No BIS, nenhum conhecimento era dado de maneira estática ou pronta. Pelo contrário. Era um acontecimento, uma construção coparticipativa.

Já na terceira Unidade de Produção Pedagógica (UPP) – unidade temporal na qual estende-se para além do cumprimento de créditos semestral, tornando-se espaço de produção pedagógica e integrada entre os componentes curriculares que a compõe – do

curso, entrei em contato com o tema que provocou-me à construção desse trabalho de conclusão de curso. Meu encontro com o pensamento filosófico e epistemológico de Georges Canguilhem, o qual problematizava a questão do estado normal e do patológico, que serviu de grande referencial teórico para refletir criticamente sobre a minha autobiografia com a DEC. Tal encontro aconteceu no módulo, Qualidade de vida e Sociabilidade I, ministrado pela professora Fran Demétrio, incentivadora e orientadora da construção deste trabalho.

Lembro-me como se fosse hoje do dia em que li o texto escrito por Coelho e Almeida Filho (1999), intitulado “Normal-Patológico, Saúde-Doença: Revisitando Canguilhem”, o qual realizava uma reflexão, à luz de Georges Canguilhem, acerca do modelo biomédico, ressaltando suas implicações nos sentidos atribuídos à doença e à saúde e o ressurgimento da discussão desse paradigma na saúde pública atual. Encantei-me com a reflexão provocada por este texto e com as novas compreensões que ele fez emergir a respeito da minha própria condição. Nessa leitura comecei a desconstruir percepções e atribuições de significados que eu tinha dado a minha diferença funcional. Diante das reflexões de Canguilhem, eu vi o quanto eu havia me permitido influenciar, sem questionar, pelas representações sociais negativas a respeito da diplegia espástica cerebral, insistindo na procura por uma norma que meu corpo em sua dinamicidade desconhecia, pois estava constantemente se reinventando.

Depois dessa primeira provocação ao questionamento, ávida por saber mais a respeito desse tema sob a ótica de Canguilhem, perguntei à professora sobre a existência de mais textos e de obras escritas por ele. A professora, prontamente me apresentou a obra “O normal e o patológico”, a qual após a leitura na íntegra, decidi utilizar como referência principal na ancoragem teórica dessa autobiografia, e para além disso, como orientadora da minha atuação enquanto pessoa no mundo e futura trabalhadora na área da saúde.

No sentido da atuação profissional da pessoa com diversidade funcional, é notório que, apesar das bases legais instituídas nos últimos anos, as quais asseguram a proteção e a existência de medidas adequadas de reabilitação profissional à todas as pessoas com diferença funcional e de promoção de oportunidades de emprego para as mesmas no mercado regular de trabalho; existem ainda como afirma Costa (2012), grandes lacunas, barreiras e preconceitos a serem superados em sua aplicação, para que se estabeleça plenamente a proteção e a integração da pessoa com deficiência ao mercado de trabalho.

Tendo essas barreiras e preconceitos sido concebidos e perpetuados durante toda a história da humanidade, a qual apresenta relatos de exclusão, tortura e homicídios provocados contra tais indivíduos por considerá-los inaptos ao convívio do meio social, um mal a ser exterminado (PEREIRA, 2009). Essa concepção, como afirma Costa (2012), foi modificada no Brasil somente na década de 40, na qual o extermínio foi substituído pelo paradigma médico de que enquanto pessoas patológicas, os diferentes funcionais deveriam ser reabilitados, com o objetivo de restituir-lhes a norma perdida, e, também, o seu bem estar.

Ao longo desses três anos de curso, acredito, a partir da construção de um olhar observador e crítico, e por meio de diálogos com outros estudantes de cursos tradicionais, que o BIS me proporcionou a vivência que outro curso não me possibilitaria viver em tamanha amplitude. Esse curso de caráter inovador, antes visto por muitos como utópico e incerto, despertou-me para a problematização e reflexividade, ensinando-me muito mais do que conteúdos técnicos ou teórico-práticos. O Bacharelado Interdisciplinar em Saúde possibilitou-me ampliar os meus horizontes, antes enquadrados em uma visão técnica da saúde e do cuidado, auxiliando-me na compreensão do meu *eu* mergulhado nas minhas próprias subjetividades, e da singularidade do outro enquanto pessoa, que experiencia e traz consigo uma história do vivido para além da doença.

## Considerações Finais

Rememorando os momentos de minha vida, através dessa breve autobiografia, foi perceptível as inúmeras significações dadas por mim à minha condição de vivenciar a DEC. Nos primeiros anos após o diagnóstico, ainda na infância, eu compreendia meu corpo enquanto único, singular em sua maneira de funcionar. Sabia que eu era diferente das outras crianças, mas não associava isso a uma visão negativa, tampouco patológica.

Posteriormente, devido as influências da representação social instituída para a Diplegia Espástica Cerebral e às diferenças funcionais, caracterizando-as enquanto “problema que determina exigências de saber e configura necessidades de cuidado e atenção” como afirma Safatle (2011) embasado em Canguilhem (2009), transitei entre a noção de singularidade para o entendimento da minha condição enquanto desordem; a qual devia ser corrigida, para o restabelecimento da normatividade perdida (no presente caso, ousou afirmar, desconhecida).

Tomando as reflexões de Canguilhem (2009), compreendi que essas normas, entendidas enquanto capacidade de mudanças são tão próprias de cada indivíduo, que elas são sentidas somente pelo mesmo, por meio da experiência vivida. E devido ao seu caráter subjetivo, não podem ser compreendidas numa perspectiva positivista (de quantificação ou desvio).

Desse modo, toda diversidade funcional (inclusive a DEC), não deve ser compreendida enquanto um desvio à norma, que classifiquem as pessoas que as possuem enquanto incapazes ou como classifica o modelo cartesiano – “de mau funcionamento”.

Por meio das reflexões que emergiram com e neste trabalho, sobre a existência de um estado normal e de um estado patológico através do autorrelato biográfico sobre a minha experiência com a Diplegia Espástica Cerebral, foi possível compreender que uma pessoa com diversidade funcional, como a própria nomenclatura elucidada é única em seu modo de vida, e assim como todo sinal



considerado patológico é são, porque seu corpo não aceita ser silenciado, estando sempre em dinamismo, agindo de modo flexível, o qual é inventor das próprias normas, inquietando-se e buscando através destas se reinventar a cada instante.

## Referências

ALVES, P. C.; SOUZA, I. M. A. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M. C. et al. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999, p. 89-124.

ALVES, P. C. A Experiência da Enfermidade: Considerações Teóricas. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 263-271, jul.-set. 1993.

BONETTI, A. O Ser Doente: uma visão à luz de Georges Canguilhem. **Revista Pensar a Prática**, Goiânia, v. 7, n.1, p. 45-58, nov. 2006.

BUENO, B. O método autobiográfico e os estudos com Histórias de vida de professores: a questão da subjetividade. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 28, n.1, p. 11-30, jan.-jun. 2002.

CAMARGO, J. R. K. R. As Armadilhas da “Concepção Positiva de Saúde”. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 76, n. 1, p. 63-76, 2007.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CAPONI, S. ‘Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud’. **Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p.287-307, jul.-out. 1997.

CARVALHO, S.; MADEIRA, E. Paralisia Cerebral e Desenvolvimento Motor: uma revisão teórica. **Cadernos de Pós-**

**Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, São Paulo, v. 9, n.1, p.142-163, 2009.

COELHO, M. T.; ALMEIDA FILHO, N. Normal-Patológico, Saúde-Doença: Revisitando Canguilhem. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 9, n.1, p.13-36, 1999.

COSTA, Fernanda Pereira. A inserção da pessoa portadora de deficiência no mercado de trabalho. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XV, n. 103, ago 2012. Disponível em: <[http://www.ambitojuridico.com.br/site/?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=12085&revista\\_caderno=25](http://www.ambitojuridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=12085&revista_caderno=25)>. Acesso em: mar. 2014.

DIAS, D. A. S.; MOREIRA, J. O. As Vicissitudes dos Conceitos de Normal e Patológico: Relendo Canguilhem. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 3, n. 1, p. 77-85, jan.-jun. 2011.

DAHER, A. S.; BAPTISTA, M. N. Gestação de alto risco sintomatologia depressiva e patologias gestacionais. **Rev. Neuropsiq. da Inf. e Adol.**, v. 7, n. 2, p. 67-70, 1999.

FERNANDES, G.; RESENDE, J. M. Paralisia cerebral Aspectos Fisioterapêuticos e Clínicos. **Revista Neurociências**, v. 12, n. 1, p. 41-45, 2004.

MARTINS, J. A.; BARSAGLINI, R. A. Aspectos da identidade na experiência da deficiência física: um olhar socioantropológico. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 15, n. 36, p. 109-21, jan.-mar. 2011.

MOREIRA, H. F.; MICHELS, L. R.; COLOSSI, N. Inclusão Educacional para Pessoas Portadoras de Deficiência: um compromisso com o ensino superior. **Escritos Educ.**, Ibitiré, v. 5, n.1, p.19-25, jan.-jun. 2006.

PEREIRA, R. Deficiência e autodeterminação humana: compaixão e insensibilidade no caso Vincent Humbert. **Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.119-134, 2007.

\_\_\_\_\_, R. Diversidade Funcional: a diferença e o histórico modelo de homem-padrão. **Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 715-728, jul.-set. 2009.

PUPPIN, A. Da atualidade de Goffman para a análise de casos de interação social: deficientes, educação e estigma. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**, Brasília, v. 80, n. 195, p. 244-261, mai.-ago. 1999.

PUTTINI, R. F.; JUNIOR, A. P. Além do mecanicismo e do vitalismo: a “normatividade da vida” em Georges Canguilhem. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 451-464, 2007.

SAFATLE, V. O que é normatividade vital? Saúde e Doença a partir de Georges Canguilhem. **Sci. Stud.**, São Paulo, v. 9, n.1,p.11-27, 2011.

SOUZA, Angela Maria Costa de; FERRARETTO, Ivan; MACHADO, Paulo de Oliveira. **Paralisia Cerebral Aspectos Clínicos e Ortopédicos Orientação aos Pais**. 2013. Disponível em: <<http://www.profala.com/artpc1.htm>>. Acesso em: 03 jan. 2014.

WUO, A. S. A Construção Social da Síndrome de Down. **Cad. Psicopedag**, São Paulo, v. 6, n. 11, 2007.



# **A INTEGRALIDADE COMO ELEMENTO REORIENTADOR DO MODELO DE ATENÇÃO: estudo de caso em serviços de atenção primária à saúde**

*Luciana Alaíde Alves Santana  
Marcos Pereira Santos  
Gimena Barbosa Souza  
Adriana dos Santos Silva*

A construção da integralidade ainda se coloca com o principal desafio do Sistema Único de Saúde, visto que, este princípio pode ser considerado como o menos visível no cotidiano das unidades de saúde de grande parte dos municípios brasileiros, bem como na organização dos sistemas municipais de saúde (CAMPOS, 2003; MATTOS, 2004).

Na Constituição Federal de 1988, a integralidade é definida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1988). Este princípio apresenta caráter transformador do modelo de atenção à saúde, reorientando-o por meio de novos saberes, responsabilidades e práticas (LEVCOVITZ, 1997; MERHY, 2005).

Destaca-se ainda que a integralidade é considerada como uma “imagem-objetivo” (MATTOS, 2004), ou seja, uma forma de indicar características desejáveis do sistema de saúde e das práticas que nele são exercidas, contrastando-as com características vigentes. Mattos (2001) apresenta três sentidos a este princípio: o primeiro diz respeito aos atributos das práticas dos profissionais

de saúde, o segundo relativo à organização dos serviços e o terceiro referente às respostas governamentais aos problemas de saúde da população, ou seja, às necessidades apresentadas por grupos específicos. Considerando os sentidos da integralidade apresentados, este estudo concentra sua atenção nos dois primeiros atributos.

No âmbito das práticas em saúde o exercício da integralidade acontece por meio da apreensão ampliada do conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde que o usuário apresenta, quando procura a atenção profissional (MATTOS, 2001). Nesse sentido, as necessidades de saúde do usuário, família e comunidade não devem ser restritas a perspectiva biomédica, mas sim, considerar os contextos das determinações socioculturais e econômicas relacionadas ao processo saúde-doença-cuidado.

Nos atributos de organização de serviços, Mattos (2004) critica a dissociação entre as práticas de saúde pública e as práticas assistenciais. Nessa direção, a noção de integralidade contempla uma nova concepção de programação nos serviços, no qual a organização do processo de trabalho nos serviços de saúde deve buscar continuamente a ampliação da percepção das necessidades de saúde de um grupo populacional, para além daquilo que é expresso nas demandas ao serviço de saúde (MATTOS, 2001).

Embora o princípio da integralidade, como os demais, seja aplicado a qualquer nível do sistema de saúde, é na Atenção Primária à Saúde (APS) que ele adquire maior importância estratégica (AYRES et al., 2012). Isso porque é de responsabilidade da APS o desenvolvimento de programas e ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, recuperação e reabilitação da saúde de indivíduos, famílias e comunidades (STARFIELD, 2002). Neste sentido, podem ser utilizados equipamentos de baixa complexidade, empregando saberes e organização de alta complexidade, orientando-se pela integralidade como norteadora de suas ações, resolutividade e longitudinalidade do cuidado em saúde (STARFIELD, 2002; AYRES et al., 2012).

No sentido de promover a reorganização das ações de Atenção Primária no Brasil, foi criado em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF), atual Estratégia de Saúde da Família. Visando o apoio das equipes de Saúde da Família nas ações de cuidado em saúde, foi criado pelo Ministério da Saúde, em 2008, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2008).

A expansão destes serviços favoreceu o aumento da equidade, universalidade da assistência e resolutividade (ALVES, 2004; SILVA et al., 2012). Entretanto, não se pode admitir, só pelas estatísticas, que a integralidade das ações deixou de ser um problema na prestação da atenção. Estudos realizados (KANTORSKI, 2000; ARCE, 2013), neste campo, identificam práticas de saúde com potencial de mudanças, todavia, a perspectiva biomédica, fragmentada e prescritiva ainda é identificada nos serviços de Atenção Primária à Saúde, especialmente na Estratégia de Saúde da Família (ESF), constituindo-se entrave na construção do princípio da integralidade (TRAD; ROCHA, 2011; GOMES; SILVA, 2011; VIEGAS; PENNA, 2013).

Dessa forma, analisar as experiências que se pautam pela integralidade, é uma importante agenda de pesquisa (MATOS, 2004). Portanto, este trabalho objetiva analisar a implementação do princípio da integralidade no âmbito de uma equipe de saúde da família e de seu núcleo de apoio (NASF).

### **Abordagem Metodológica**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa cuja estratégia de investigação utilizada foi o estudo de caso (TRIVINOS, 1992). O *locus* de análise foi uma unidade de saúde da família da zona urbana de um município do estado da Bahia.

A unidade de saúde possuía uma equipe ampliada da ESF e serviços do NASF. Para selecionar as equipes de estudo realizou-se um levantamento, junto à coordenação da Atenção Básica do

município, com a finalidade de identificar uma USF que possuísse os mesmos profissionais trabalhando juntos por no mínimo seis meses. Elegeu-se este critério, pois a rotatividade da equipe pode influenciar na sistematização das práticas e na continuidade de processos instituídos. A pesquisa foi realizada entre maio a setembro de 2010, sendo utilizadas como técnicas de coleta de dados: a entrevista semiestruturada, a observação participante e as fontes documentais.

Realizou-se as entrevistas semiestruturadas de forma individual com 3 profissionais da ESF e 1 gestor da USF, 3 profissionais do NASF, bem como usuários dos serviços e análise documental, com intuito de caracterizar a unidade de Saúde da Família quanto à oferta/demanda organizada dos serviços, nível de atenção por grupos populacionais. Utilizou-se a observação participante com a finalidade de investigar a dinâmica dos atendimentos individualizados, da recepção dos usuários e atividades educativas e, com isso, buscou-se uma aproximação com os usuários do serviço, uma vez que, a análise da integralidade é enriquecida na medida em que este ator é fundamental para informar sobre o cotidiano das práticas de saúde dos profissionais.

Foram observadas a sala de espera da unidade de saúde, as salas de procedimentos, guichês de recepção e ações educativas na sala de espera e extra muro. Então, a observação permitiu acompanhar o cotidiano das equipes de Saúde da Família e do NASF. A observação aconteceu no ambiente de trabalho por dois pesquisadores em dias e turnos alternados e o registro das observações (NO) foi feito em diário de campo.

Os registros das observações foram utilizados para corroborar com a análise dos dados das entrevistas. Utilizou-se o critério de saturação ou ponto de exaustão para delimitar a suficiência dos dados, posto que as respostas foram se repetindo e novas questões não emergiram nas observações (MINAYO, 1994)

O estudo foi desenvolvido conforme a Resolução CNS 196/96 e aprovado em comitê de ética da Faculdade Maria Milza



(parecer 608/2010). Os profissionais que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Um profissional se recusou a participar da pesquisa, então sua prática não foi observada. O anonimato dos respondentes foi garantido por meio da utilização de nomes fictícios.

Para análise, inicialmente foi realizada a transcrição do material coletado, organização dos dados e posterior leitura fluente. Na etapa seguinte, este material foi dividido em duas categorias, a organização dos serviços e as práticas profissionais, com intuito de identificar alcances e limites na construção da integralidade no contexto analisado. O tratamento do material seguiu a proposta da Análise de Conteúdo Temática (BARDIN, 1995). Das categorias de análise submergiram três subcategorias: desafios em articular ações assistenciais e promocionais, as práticas dos profissionais e a face oculta da integralidade.

### **Desafios em articular ações assistenciais e promocionais**

Na unidade de saúde a oferta de serviços era por demanda programada, com abertura para demanda espontânea, porém condicionadas a existência de vagas. A atenção à saúde focava-se em grupos específicos como diabéticos, hipertensos, crianças, adolescentes, gestantes, idosos. A maioria dos usuários se concentrava no início dos turnos para realização de consultas ou procedimentos. A recepção dos usuários era realizada por recepcionista ou agente administrativo, que conduzia o cliente, conforme a demanda manifesta, para o médico, enfermeiro e odontólogo. Tais profissionais realizavam o encaminhamento para realização de procedimentos, de exames, recebimento de medicação e encaminhamentos para rede secundária ou para os serviços do NASF, composto por nutricionista, fisioterapeuta, psicóloga, fonoaudiólogo e farmacêutica. A atuação desse núcleo acontecia em dias específicos da semana para cada profissional e, segundo os

entrevistados, as ações realizadas pelos profissionais do NASF eram definidas em reuniões mensais de equipe.

Predominavam na organização dos serviços, ações individuais, realizadas, principalmente, por meio de consultas médicas, atendimento odontológico, consultas de enfermagem, além de procedimentos dos técnicos de enfermagem, como curativos e vacinas. Na fala do entrevistado fica evidente o predomínio de atividades assistencialistas:

Assistencial, não tem como diminuir, não é? Porque a população precisa de assistência. Precisa de atendimento, precisa do remédio, precisa do profissional na unidade (Margarida).

Esse modo de fazer/pensar/agir do profissional traz à baila os elementos imanentes ao modelo biomédico, como a ênfase para os aspectos biológicos, medicalização como elemento central do processo terapêutico, a perspectiva fragmentada e fragmentadora do processo saúde-doença-cuidado, que desconsidera os elementos psicossociocultural do usuário. Tais elementos são programaticamente opostos às ideias agregadas a integralidade (CAMARGO JR, 2003).

Durante a observação participante identificou-se grande demanda pelo médico, por parte dos usuários. Observou-se esvaziamento da USF quando esse profissional não se encontrava na unidade. Segundo Hortência existe uma grande demanda para realização de exames médicos.

Eles querem exames. O posto esses dias está tranquilo, pois o médico não está. Eles querem exames, eu não sei se é cultura [...] A partir do momento que o médico não está, vir à unidade pra que? (Hortência).

Tais resultados sugerem que, nesse contexto, a visão dos usuários e a organização dos serviços estão permeadas na ênfase

no modelo de atenção hegemônica centrada na oferta de serviços, direcionado para consultas e procedimentos médicos, os quais também ocorriam nas visitas domiciliares aos usuários portadores de sofrimentos crônicos. Além disso, observou-se necessidade de maior participação deste profissional nas ações relativas a prevenção de doenças e promoção da saúde. Sendo assim, a demanda elevada por atendimento médico contribuiu para a falta de acesso e para a vinculação dos usuários a um único membro da equipe, se distanciando, dessa forma, do princípio da integralidade (SCHIMITH; LIMA, 2004).

Destaca-se que as ações de saúde realizadas pelos profissionais do NASF constituem-se uma potencialidade para superar a visão médico-centrada dos usuários. Neste sentido, o trabalho do NASF, no contexto analisado, configurou-se como uma estratégia de reorientação do modelo de atenção.

O nosso foco é trabalhar com promoção e prevenção pra que a comunidade se torne um pouco mais independente do médico (Esmeralda).

Para Alves (2005), os profissionais de saúde devem estar atentos em dimensionar fatores de risco à saúde e, por conseguinte, na execução de ações preventivas, a exemplo da educação em saúde.

Quanto aos elementos ou situações que influenciaram na definição, por parte da equipe, de estratégias de ação observou-se que há uma programação de ações para atender as demandas manifestadas pelos usuários, quando estes buscam a USF. Foi também identificada, a perspectiva voltada para apreender os problemas a partir da comunidade, porém, o olhar que norteia o diagnóstico é o dos profissionais, bem como uma visão de promoção da saúde, mais próxima do conceito de prevenção da doença. O que define é o que a população necessita.

Se tivermos uma área na qual os usuários necessitam muito de visita domiciliar, no intuito de conhecer

a realidade deles, quanto à família e à moradia. Então a partir disso aí, começamos a definir nossas estratégias (Margarida).

Na perspectiva da integralidade, a equipe de saúde da família poderia repensar o trabalho em equipe, no sentido de buscar aproximações com a comunidade para construir o perfil epidemiológico da área de abrangência, com vistas a estabelecer estratégias de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Campos (2003) sugere que o trabalho em saúde deve estar imerso no contexto territorial. Dessa forma, consegue-se definir problemas, e um conjunto de prioridades, bem como obter os recursos para atender às necessidades de saúde da comunidade considerando o contexto específico.

Outra limitação identificada, foi à realização de ações educativas no âmbito coletivo. Estas ocorriam em menor proporção, eram pontuais, baseadas nas demandas verticais:

Tem os cronogramas anuais do Ministério da saúde. A ideia é que não seja pré-estabelecido pela secretaria e pelo Ministério, às vezes a ideia é da equipe da unidade (Violeta).

No depoimento acima, o profissional apesar de admitir que as atividades coletivas obedecem a um cronograma vertical e uma definição preestabelecida de temas, já demonstra o entendimento de que há a necessidade de existir formulações locais.

Segundo Mattos (2001), a noção de integralidade exige certa “horizontalização” dos programas anteriormente verticais. As ESF atentas a esse princípio, deveriam organizar seus serviços, a partir do território de abrangência e das suas necessidades de saúde, e não sob a lógica exclusiva de sua inserção específica em programas verticais. Reconhecer isso remete a outro sentido de integralidade: não é aceitável que os serviços de saúde estejam organizados exclusivamente para responder às doenças de uma

população, embora eles devam responder a tais doenças. Os serviços devem estar organizados para realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população ao qual atendem (MATTOS, 2001).

As entrevistas com profissionais confirmaram a realização de ações educativas com maior ênfase em datas comemorativas, a exemplo da semana da mulher e amamentação, visando principalmente as atividades educativas, seja a sala de espera, ou em eventos.

Nos reunimos com a equipe, tomamos as ideias de cada um, fazemos um consolidado e promovemos o evento. Como a Semana da Amamentação, que vai ser alguns dias de sala de espera, com dramatização, fantoches e depois tem o encerramento na Associação de Moradores (Violeta).

Em observação de uma ação durante a semana da mulher, realizada numa associação de moradores, observou-se o uso de pedagogias pouco dialógicas e problematizadoras.

A palestra foi ministrada por uma profissional da USF e fisioterapeuta do NASF, com a temática da prevenção do câncer de colo de útero e para o diagnóstico precoce de doenças sexualmente transmissíveis. As sete usuárias tiveram pouca adesão à atividade, sendo distribuídos “brindes” e lanche ao final da atividade (NO).

Considerando o breve relato acima das tendências da educação em saúde, pode-se dizer da realidade estudada, que as ações realizadas caracterizavam-se como de comunicação em saúde, uma vez que possuem um caráter pontual, informativa e apoiada na lógica biologicista, no saber técnico e na culpabilização do sujeito. Portanto, vislumbra-se a necessidade de reconstrução do modelo adotado com vista a priorizar o saber ouvir, o diálogo, o respeito ao outro, o reconhecimento e assunção da realidade cultural, o que

pode gerar um processo educativo capaz de produzir mudanças no sentido de tornar os indivíduos sujeitos livres e capazes de tomar decisões após análise e reflexão da realidade (FREIRE, 1996).

Observou-se que a perspectiva de ações promocionais dos entrevistados está pautada na realização de atividades educativas em sala de espera.

Extra muro, às vezes não tem tanto efeito quanto na sala de espera. Na sala de espera eles já estão aqui, por uma demanda de saúde. Nesta espera eles estão sem outra atividade e prestam atenção naquilo que falamos. Quando fazemos atividades extra muro, às vezes tem efeito, mas nem sempre a demanda é muito grande (Violeta).

Um marco na construção do conceito de promoção da saúde, foi a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, no ano de 1986, que no seu documento final reafirma a importância da promoção à saúde e aponta, principalmente, a influência dos aspectos sociais sobre a saúde dos indivíduos e da população, caracterizando-se como o processo de capacitação da comunidade, para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo (CAMPOS, 2003). Tendo como referência este documento e as Cartas das Conferências de Promoção da Saúde que sucederam Ottawa (BRASIL, 2002), a educação em saúde integra uma parcela do entendimento de promoção à saúde, abrangendo em seu conjunto cinco estratégias: políticas públicas saudáveis, ambientes favoráveis à saúde, reorientação dos serviços de saúde, reforço da ação comunitária e desenvolvimento de habilidades pessoais (OPAS, 2011). Entretanto, como foi observado no contexto estudado, ainda permanece uma visão simplificada de promoção à saúde. Prioriza-se a mudança de estilos de vida, do modelo tradicional da educação e da compreensão de que prevenção da doença é sinônimo de promoção à saúde.

## **As práticas profissionais: o fazer saúde fragmentado e biologicista**

A observação da dinâmica de atendimento ambulatorial oferecido pela USF, revelou uma insuficiente capacidade de escuta e uma prática presa a protocolos, rotinas estabelecidas pelos profissionais e recepção pautada em critérios administrativos.

A seguir o relato de uma observação:

Uma usuária chega à unidade com a receita médica recebida numa consulta passada e deseja pegar medicamentos para controle da pressão da arterial. Diz que sua consulta estava marcada para uma data anterior (já haviam se passado 10 dias), mas por conta do falecimento de uma familiar não pode vir até à unidade. Neste momento encontram-se no ambiente, profissionais que fazem acolhimento, profissionais de equipe de nível superior e uma agente comunitária de saúde (ACS). A usuária é informada que não poderá pegar os remédios na farmácia da unidade, até que ela marque uma nova consulta e obtenha outra receita. Explica ainda que, amanhã ela poderá ser consultada, pois será o dia destinado aos hipertensos (NO).

Nesta situação, pode-se verificar que a visão dos profissionais sobre o caso, foi orientada por aspectos burocráticos que regulam a rotina da USF e foram deixados de lado uma visão mais ampliada do contexto de vida e do contexto no momento do encontro da usuária com o serviço. Dando continuidade ao relato:

A usuária responde dizendo que não pode comparecer na consulta do dia agendado, que é hipertensa e precisa do remédio. A profissional de nível superior reforça a informação dada pela colega, dizendo que ela necessita comparecer no outro dia para receber uma receita. A usuária alega que pode ir a óbito caso fique sem a medicação. A ACS diz à usuária que ela não irá morrer. Entretanto, a usuária

insiste argumentando os prejuízos da ausência de medicação por longo período. A profissional de nível superior resolve, então, atendê-la (NO).

Considerando as relações que se estabeleceram no atendimento da usuária descrito acima, observou-se que o entrave aconteceu na primeira etapa a ser vencida pela usuária, na busca da satisfação de sua necessidade de saúde, ou seja, no acesso ao serviço. O que chamou atenção foi o desfecho favorável para a usuária, sendo assim, a USF dispunha naquele momento dos recursos necessários para solução do problema em questão, contudo, foi necessário um conjunto de argumentos do sujeito que procurou o serviço para sensibilizar os trabalhadores envolvidos, os quais não reconheceram a usuária como portadora e criadora de direitos.

Ainda seguindo o mesmo relato:

Ao retornar da consulta, e já com os medicamentos em mãos, a ACS pergunta a usuária se ela já fez o exame preventivo. A usuária responde que ela não gosta deste exame. A ACS ressalta a importância do exame para a prevenção/diagnóstico de doenças do colo do útero. A usuária diz que sabe disso, que não sente nada e que não vai fazer o exame. A ACS diz que é problema dela, e que ela tem o direito de não fazer (NO).

Neste desfecho do percurso dessa usuária no serviço, foi possível observar uma inabilidade de identificar o momento adequado para oferecer um serviço, que segundo Mattos (2001), o que caracteriza a integralidade é obviamente a apreensão ampliada das necessidades, mas, principalmente essa habilidade de reconhecer a adequação de ofertas, ao contexto específico da situação no qual se dá o encontro do sujeito com a equipe de saúde.

Esta prática descontextualizada e pouco atenta às demandas dos usuários foi observada nas consultas. A abordagem era centrada na queixa do usuário, sem uma exploração maior do seu contexto de



vida, o atendimento do profissional era limitado pelo quantitativo de pessoas a serem atendidas, rápido e conduzido de forma pontual. Percebeu-se, também, que a conduta foi orientada pela necessidade de encaminhamento do caso para um especialista.

No contexto analisado, desconstruir o processo de trabalho e reorganizá-lo centrado no ambiente, nas demandas e necessidades dos usuários, seria essencial para construir a integralidade no processo de trabalho. Segundo Montenegro et al. (2013), a organização dos serviços de saúde, como um dos sentidos da integralidade, surge como a principal questão a ser enfrentada para a mudança dos serviços de saúde.

### **A face oculta da integralidade: limites e potencialidades**

A face oculta indica certa presença da integralidade no trabalho vivo em ato, revela-se, por meio de posturas e procedimentos que o colocam como educador e investigador dos aspectos biopsicossociais do usuário, com olhar atento às necessidades para a melhoria da saúde (GHIZONI et al., 2010). Nesta direção, pode-se observar a integralidade na percepção do profissional de saúde, em conceber a **ESF** como estratégia de reorientação do modelo assistencial. Vislumbra-se também, a perspectiva do trabalho em equipe para construir a integralidade na atenção à saúde à população, tendo a USF como porta de entrada para os serviços de saúde.

A unidade de Saúde da Família está estruturada pra resolver os problemas, não média e alta complexidade, mas a porta de entrada da comunidade é essa mesmo (Violeta).

No contexto analisado, a atuação do NASF foi a principal contribuição identificada como facilitador da intersetorialidade no contexto em estudo:

Recebemos da equipe de saúde as demandas. Vem problemas relacionados à nutrição e ao social. Usuários que estão sofrendo algum problema de violência. Quando recebemos um caso desse procuramos o CRAS, o CREAS, a secretaria de ação social. Procuramos outros setores pra resolver aquele problema. Então, o NASF veio para fazer essa ligação intersetorial (Esmeralda).

Para Cecílio (2001), a integralidade só será possível mediante uma “boa” articulação entre os serviços, cada um cumprindo sua parte, contra-referenciando de forma responsável para o serviço que encaminhou. Cabe aos profissionais de saúde identificar os problemas de maior acometimento e buscar ações intersetoriais. No período do estudo não foi possível identificar nenhuma articulação intersetorial por parte da ESE, na organização do serviço.

Observou-se também concepção ampliada da saúde conforme o discurso:

Fora os problemas de saúde, existem as questões sociais: não ter comida em casa, a casa está desabando, o filho usa drogas, o marido violenta, alguém em casa foi preso. Então, existem outras demandas que precisam ser resolvidas, que às vezes possui maior prioridade que a saúde do paciente. Por exemplo, uma criança que é abusada sexualmente tem muito mais importância, que uma criança que está perdendo na escola; um idoso que teve um AVC, mora sozinho e não tem o que comer em casa, do que um idoso que é acamado e tem um cuidador (Turquesa).

O profissional de saúde reconhece, no discurso, o humano como ser integral e a saúde como qualidade de vida. Nesse sentido, a atenção à saúde dar-se-á com responsabilização, com a incorporação ao ato terapêutico da valorização do outro, respeitando sua visão de mundo, seu contexto social e sua dignidade (VIEGAS; PENA,

2014). Dessa maneira, a saúde não pode ser considerada como resultante do acesso aos serviços de saúde, mas sim, determinada por fenômenos macro e microsociais associados aos fatores de ordem biopsicossociocultural.

Nesta perspectiva, a saúde é resultante da qualidade de vida das pessoas, que por sua vez é influenciada pelo acesso permanente a alimentação, a moradia, ao saneamento básico, ao trabalho, a renda, a educação, ao transporte e ao lazer (BRASIL, 1988). Assim, para ser coerente com isso, deve-se enfatizar que é papel dos profissionais de serviços de APS desenvolver ou coordenar as atividades relativas a todos esses aspectos, conforme versa a constituição, para uma maior eficácia no enfrentamento dos problemas de saúde-doença-cuidado na sua área de atuação (NAVAI, 2005). Por fim, coadunamos com Viegas e Penas (2013) o quais afirmam que cuidar para qualidade de vida, é, portanto, ser cúmplice das estratégias de promoção, prevenção, cura e reabilitação. E, assim, esses segmentos compõem um dispositivo maior que é a integralidade.

### **Considerações Finais**

A integralidade nos serviços de Atenção Primária à Saúde no contexto analisado, mostra-se fragmentada. A lógica assistencial predominou na organização e nas práticas dos profissionais da equipe de Saúde da Família, sendo reflexo da fragmentação das ações, objetivação dos sujeitos, enfoque na doença e intervenção curativa. Ao mesmo tempo, alguns fragmentos do discurso dos profissionais evidenciaram a existência de compreensão de que as práticas podem ser mais flexíveis, aberta à escuta, pautada no perfil epidemiológico. Contudo, essa visão ainda está no discurso e não se concretizou na realidade do serviço.

Cabe ressaltar que, as práticas da equipe do NASF são pautadas na intersetorialidade, bem como os profissionais desta equipe concebem a saúde numa perspectiva ampliada, considerando

a multicausalidade do processo saúde-doença-cuidado, o que pode contribuir de alguma maneira para a construção da integralidade no contexto de estudo.

## Referências

- ALVES, V. S. Um Modelo de Educação em Saúde n o Programa Saúde da Família: Pela integralidade da Atenção e reorientação do Modelo assistencial. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 16, feb. 2005.
- ARCE, V. A. R.; SOUSA, M. F. de. Integralidade do cuidado: representações sociais das equipes de Saúde da Família do Distrito Federal. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 22, n. 1, mar. 2013.
- AYRES, J. R. de C. M. et al. Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 16, n. 40, mar. 2012.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1997.
- BRASIL. Constituição. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- \_\_\_\_\_. **As cartas de promoção da saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde [Projeto Promoção da Saúde], 2002.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2008.
- CAMARGO JR., K. R. Um ensaio sobre a (in)definição de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.).

**Construção da integralidade:** cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: ABRASCO, 2003, p. 35-44.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Abrasco, 2001, p. 113-125.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia:** saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GHIZONI, A. C.; ARRUDA, M. P. de; TESSER, C. D. A integralidade na visão dos fisioterapeutas de um município de médio porte. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 14, n. 35, dec. 2010.

GOMES, F. M.; SILVA, M. G. C da. Programa Saúde da Família como estratégia de atenção primária: uma realidade em Juazeiro do Norte. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, 2011.

KANTORSKI, L. P. et al. A integralidade no cotidiano de trabalho na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, Porto Alegre, v. 30, n. 4, dec. 2009.

LEVCOVITZ, E. **Transição e Consolidação:** o dilema estratégico da construção do SUS. Um estudo sobre as reformas da política nacional de saúde [Tese]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto de

Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1997.

MATTOS, R. A. de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, oct. 2004.

\_\_\_\_\_. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS R. A. de (Org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001, p. 39-64.

MERHY, E. E. Engravitando palavras: o caso da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC; UERJ; IMS: ABRASCO, 2005, p. 195-206.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método, criatividade**. 21. ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 1994.

MONTENEGRO, L. C.; PENNA, C. M. de M.; BRITO, M. J. M. A integralidade sob a ótica dos profissionais dos Serviços de Saúde de Belo Horizonte. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, sept. 2010.

NARVAI, P. C. Integralidade na atenção básica à saúde. Integralidade? Atenção? Básica? In: GARCIA, D. V. (Org.). **Novos rumos da saúde bucal: os caminhos da integralidade**. Rio de Janeiro: ABORJ/ANS/UNESCO, 2005, p. 28-42.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, dec. 2004.

SILVA, A. T. C. et al . Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, nov. 2012.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TRAD, L. A. B.; ROCHA, A. R. de M. Condições e processo de trabalho no cotidiano do Programa Saúde da Família: coerência com princípios da humanização em saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, mar. 2011.

TRIVINOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais**: a pesquisa qualitativa em Educação. São Paulo: Atlas, 1992.

VIEGAS, S. M. da F.; PENNA, C. M. de M. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, jan. 2013.





## **SOBRE OS AUTORES**

**Adriana dos Santos Silva** – Nutricionista, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Centro de Ciências da Saúde, Santo Antônio de Jesus, Bahia, Brasil.

**Alana Queiroz Bastos** – Discente do curso de graduação em Enfermagem da UFRB. Bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica, PIBIC-UFRB.

**Ana Claudia Moraes Godoy Figueiredo** – Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Vale do São Francisco - UNIVASF (2007-2010), Mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) (2011-2013). Doutoranda em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília (2014-2017) atualmente desenvolve pesquisa na área de epidemiologia junto ao Núcleo de Epidemiologia e Saúde-UFRB e ao Laboratório de pesquisas sobre saúde baseada em evidências e comunicação científica - UNB.

**Ana Paula Santos de Jesus** – Graduação em enfermagem pela Universidade Federal da Bahia (1999), com especialização em Enfermagem Intensivista pela Universidade Federal da Bahia (2003) e Mestrado em enfermagem (2012), área de Concentração Gênero, Cuidado e Organização dos Serviços de Saúde e Linha de Pesquisa: O Cuidado no Processo de Desenvolvimento Humano. Professora Assistente da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia - Centro de Ciências da Saúde.

**Ana Raquel Campos Almeida** – Discente do curso de graduação de Enfermagem da UFRB. Voluntária do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica, PIBIC-UFRB.

**Cintia Maria Moraes Carneiro** – Discente do curso de graduação de Enfermagem da UFRB. Bolsista do Programa de Monitoria Remunerada pela UFRB.

**Críssia Maria Magalhães Santos** – Bacharela em Saúde pela UFRB e graduanda em Medicina pela UFRB.

**Denize de Almeida Ribeiro** – doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da UFBA. Mestre em Saúde Comunitária pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Atualmente é coordenadora de Políticas Afirmativas da Pró-reitoria de Políticas Afirmativas e Assuntos Estudantis (PROPAAE/UFRB) e professora adjunta do Centro de Ciências da Saúde (CCS/UFRB).

**Elaine Andrade Leal Silva** – Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual de Santa Cruz (2002) e mestrado em Programa de Pós Graduação em Saude Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana (2008). Atualmente é professor assistente II da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: unidade de saúde da família, atenção básica, saúde do trabalhador, processo de trabalho e universidade.

**Fernanda de Oliveira Souza** – Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana, com área de concentração em epidemiologia, no Núcleo de Epidemiologia (NEPI). Pós-graduada em enfermagem do Trabalho, Enfermeira, graduada pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), no Centro de Ciências da Saúde. Desenvolve pesquisas relacionados ao processo de adoecimento dos trabalhadores, suas condições de vida e imunização.

**Flávia Conceição Henrique dos Santos** – Professora Adjunta da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Possui graduação em Nutrição pela Universidade Federal da Bahia (1996), mestrado em Nutrição pela Universidade Federal de Pernambuco (2004) - concentração em Saúde Pública e doutorado em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz (2014). Tem experiência na área de análise e avaliação de políticas e programas sociais, atuando principalmente nos seguintes temas: programas de alimentação e nutrição e segurança alimentar e nutricional; intersetorialidade.

**Fran Demétrio** – Mulher Transgênera; Professora Adjunta do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB); Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da UFBA; Mestre em Alimentos, Nutrição e Saúde pela UFBA; Coordenadora e pesquisadora do Laboratório Humano de Estudo, Pesquisa e Extensão Transdisciplinares em Integralidade do Cuidado em Saúde e Nutrição, Gêneros e Sexualidades (LABTrans/UFRB).

**Gessica Santana Orrico** – Discente de enfermagem na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia em Santo Antônio de Jesus, Bahia. Atua principalmente nos seguintes temas: epidemiologia, saúde coletiva e saúde pública.

**Gimena Barbosa Souza** – Nutricionista, Mestranda em Alimentos Nutrição e Saúde da Universidade Federal da Bahia. Escola de Nutrição (ENUFBA). Salvador, Bahia, Brasil.

**Heline Maica Coelho de Melo** – Graduanda do curso de Bacharelado em Nutrição pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Integrante do Núcleo Interdisciplinar de Extensão, Ensino e Pesquisa para Promoção da Segurança Alimentar e Nutricional (NUSSAN), do Projeto de Extensão Educar e Nutrir

e estagiária da Pró-reitoria de Políticas Afirmativas e Assuntos Estudantis (PROPAAE) do Centro de Ciências da Saúde da UFRB.

**Isaac Suzart Gomes-Filho** – Cirurgião-dentista (UFBA), Especialista em Periodontia (CRO-BA) e Radiologia (CEBEO/UFBA), curso de aperfeiçoamento em Implantodontia (Instituto Barboza-RJ), Mestre e Doutor em Periodontia (USP-Bauru), pós-doutorado em Epidemiologia (ISC-UFBA). Atualmente, é professor titular do curso de Odontologia e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UEFS, mestrados acadêmico e profissional. Ensina na graduação e na pós-graduação e orienta alunos de iniciação científica, mestrado e doutorado. Lidera núcleo de pesquisa (NUPPIIM Núcleo de Pesquisa, Prática Integrada e Investigação Multidisciplinar) voltado para estudo da associação entre doença periodontal e doenças sistêmicas/agravos à saúde, definição dos critérios de diagnóstico da doença periodontal e aspectos epidemiológicos das principais doenças bucais - cárie e doença periodontal, nos variados grupos populacionais (gestantes, cardíacos, com doenças respiratórias e mulheres pós-menopausadas). Foi bolsista de Produtividade em Pesquisa da FAPESB e, atualmente, é do CNPq.

**Jeane Saskya Campos Tavares** – Graduada em Psicologia pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), mestre em Saúde Comunitária e doutora em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva da UFBA (ISC/UFBA). Atualmente é professora adjunta II da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), lotada no Centro de Ciências da Saúde (CCS/UFRB). Líder do Grupo Interdisciplinar de Pesquisa e Extensão em Saúde Coletiva da UFRB (GIPESC). Pesquisadora associada do Grupo de Pesquisa e Cooperação Técnica FA-SA: Comunidade, Família e Saúde (FASA-ISC/UFBA) e professora colaboradora do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA. Coordenadora do Ambulatório de Atenção Psicológica a pessoas que vivem com doenças crônicas (APC/UFRB). Concentra-se em temáticas relacionadas às redes sociais,

família e saúde, itinerários terapêuticos, atenção às pessoas com condições crônicas, formação e rompimento de vínculos afetivos, Terapia Cognitiva. Tem experiência em Psicologia clínica nas especialidades Oncologia e Nefrologia.

**Johelle de Santana Passos-Soares** – Professora adjunta A, nível I, da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Possui graduação em odontologia pela Universidade Estadual de Feira de Santana-BA (UEFS-2003), Mestrado em Saúde Coletiva, com ênfase em Epidemiologia pela UEFS (2007), e Doutorado em Saúde Pública, na área de Epidemiologia, pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (2011). Participante dos grupos de pesquisa: Saúde Bucal Coletiva (UFBA), Núcleo de Pesquisa, Prática Integrada e Investigação Multidisciplinar (NUPPIIM - UEFS) e Núcleo de Epidemiologia e Saúde (NES) da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. A produção científica dos últimos 10 anos inclui 38 artigos científicos na área de Periodontia e Saúde bucal coletiva. Possui 4 capítulos de livro, 67 resumos publicados em anais de eventos e 59 trabalhos apresentados em eventos científicos. Atua no ensino de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UEFS (mestrados acadêmico e profissional). Desenvolve trabalhos na área de epidemiologia com os seguintes temas: epidemiologia da doença periodontal, prematuridade/baixo peso ao nascer, doenças cardiovasculares, osteoporose na pós-menopausa e pneumonia nosocomial.

**Josicélia Estrela Tuy Batista** – Graduanda pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia em Bacharelado em Enfermagem.

**Laís Lima de Jesus** – Graduanda do Curso de Bacharelado em Nutrição pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Integrante do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Gênero, Raça e Saúde (NEGRAS); Elaboradora do Projeto de Pesquisa Mudanças

no Padrão Alimentar de Marisqueiras de uma Localidade da Ilha de Itaparica e sua Relação com a Saúde. Integrante do Programa de Promoção da Equidade Racial no Recôncavo da Bahia; Comissão Executiva e Integrante dos Projetos de Extensão Educar e Nutrir e Gênero e Raça: conhecimento, valores e desafios da educação.

**Liliane de Jesus Bittencourt** – Professora Adjunta da Universidade Federal do Recôncavo é Bacharela em Nutrição pela Universidade do Estado da Bahia (1994) e mestra em Saúde Materno Infantil pelo Instituto Materno Infantil de Pernambuco (2004). Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, em 01 de março de 2013, quando investigou sobre transtornos do comportamento alimentar em mulheres negras. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, e especificamente, na área da saúde da população negra. É integrante do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Gênero, Raça e Saúde (NEGRAS).

**Lívia Moreira de Souza Cedraz** – Bacharel em Saúde pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Graduanda em Medicina pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

**Luciana Alaíde Alves Santana** – Nutricionista, Doutoranda em Ciências da Educação, Mestre em Saúde Comunitária. Professora Assistente do Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

**Marcos Pereira-Santos** – Nutricionista, Doutorando em Saúde Pública, Mestre em Alimentos Nutrição e Saúde - Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva (ISC-UFBA). Salvador, Bahia, Brasil.

**Maria Conceição da Costa Rivemais** – Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Professora Adjunto da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Membro do NEGRAS.

**Maria da Conceição Nascimento Costa** – Graduada em Medicina pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) (1974), Mestre em Saúde Comunitária e Doutorado em Saúde Pública pela UFBA. Professora concursada desta Universidade desde 1979, onde atualmente ocupa o cargo de Professora Associada IV do Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFBA), Coordena e ministra aulas das disciplinas de Epidemiologia da pós-graduação e graduação. Orienta alunos de Especialização, Mestrado e Doutorado. Pesquisadora do CNPq desde 1986, tendo como área de interesse dengue, mortalidade, mortalidade infantil, determinantes sociais em saúde. Publica em periódicos nacionais e internacionais contabilizando quase 90 artigos científicos. É consultora ad hoc de revistas científicas nacionais e internacionais. Tem vasta experiência no campo de Informação em Saúde.

**Mônica de Oliveira Nunes** – Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal da Bahia (1987), especialização em Psiquiatria (1989), mestrado em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia (1993), doutorado em Antropologia pela Université de Montreal (1999) e Pós-Doutorado em Antropologia na Universidade Paris - Descartes (2010-2011). Atualmente é professora associado II do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Mental, atuando principalmente nos seguintes temas: avaliação qualitativa de serviços de saúde mental, religião e saúde mental, saúde mental na atenção básica e aspectos socioantropológicos das práticas em saúde mental.

**Paloma de Sousa Pinho Freitas** – Professora Assistente da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Doutoranda em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana (2006) e Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual de Feira de Santana (2001). Tenho experiência na área de Saúde do Trabalhador, Epidemiologia, Saúde Mental e Imunização.

**Patrícia Araújo Damasceno** – Discente do curso de Nutrição da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

**Regina Célia Borges de Lucena** – Biomédica, Doutora em Política Social e Professora Adjunta da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, na área de saúde coletiva. Possui experiência em planejamento e gestão na Administração Pública e abordagem dos seguintes temas, no âmbito acadêmico: epidemiologia; vigilância e controle de doenças agudas e crônicas e de agravos à saúde; planejamento e gestão de serviços e sistemas de saúde; saúde e ambiente; saúde reprodutiva da mulher; e gestão de vigilância sanitária.

**Rejane Pítton Lemos Santos** – Possui graduação em Geografia pela Universidade do Estado da Bahia (2009). Tem experiência na área de educação. Graduanda do curso de Enfermagem pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, 9º semestre.

**Rosa Cândida Cordeiro** – Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual de Feira de Santana (1994), mestrado e doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia. Professora da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: gestão em saúde, cuidados de enfermagem; vigilância à saúde, saúde da mulher, doença falciforme, mulher negra, mulher em situação de violência, discriminação racial e de gênero.

**Simone Seixas da Cruz** – Possui graduação em odontologia pela Universidade Estadual de Feira de Santana (2000), mestrado e doutorado em Saúde Pública (EPIDEMIOLOGIA) pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (2008). Atualmente é professora adjunta da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Epidemiologia.



**Soraya Castro Trindade** – Graduada em Odontologia pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) e especialista pela mesma instituição, possui mestrado, doutorado e pós-doutorado em Imunologia pela Universidade Federal da Bahia. É Professora Universidade Estadual de Feira de Santana desde 1997. Participa do Núcleo de Pesquisa, Prática Integrada e Investigação Multidisciplinar-NUPPIIM e Laboratório de Genética Toxicológica da UEFS, e do Laboratório de Imunologia e Biologia Molecular do Instituto de Ciências da Saúde (UFBA). Atualmente, é professora do corpo permanente do Programa de Pós-Graduação em Imunologia (UFBA), do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva (UEFS) e do Programa de Pós-Graduação em Biotecnologia (UEFS). Tem experiência na área de Odontologia, com ênfase em Periodontia, Imunologia e Diagnóstico I.

**Suely Pinto Teixeira de Moraes** – Possui graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Estadual de Feira de Santana (1982), graduação em Odontologia pela Universidade Estadual de Feira de Santana (2001), Mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana (2005), Doutora em Saúde Pública, com ênfase em Epidemiologia, pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC), Universidade Federal da Bahia (UFBA). Atualmente é Professora Adjunta da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Tem experiência na área de Odontologia, com ênfase em Odontopediatria, e Enfermagem, atuando principalmente nos seguintes temas: epidemiologia, saúde coletiva, aleitamento materno, banco de leite humano, mulher e criança.

**Ticiane Osvald Ramos** – Professora Adjunta da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Centro de Ciências da Saúde, Campus Santo Antônio de Jesus. Socióloga, mestre e doutora em sociologia pela Universidade de Brasília. Sanitarista, com especialização em Saúde Pública. Atuou como professora de ciências sociais e metodologia da pesquisa científica, consultora, pesquisadora, técnica na Área Técnica de Saúde da Mulher

do Ministério da Saúde e pesquisadora na Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde/Fundação Oswaldo Cruz FIOTEC/FIOCRUZ. Às áreas de maior experiência profissional e pesquisa incluem temáticas de políticas públicas de saúde, saúde das mulheres, assistência ao parto, humanização do parto, Casas de Parto (Centros de Parto Normal) e parteiras tradicionais.

**Vânia Sampaio Alves** – Professora Adjunta do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (CCS-UFRB).



Este livro foi impresso pela Gráfica Imprel, em 2016, no formato 15x21cm e com mancha gráfica de 11x18cm, utilizando a fonte Adobe Garamond, papel polém soft 80 g/m2.