

Renata de Sousa Alves
Jurema Barros Dantas
Aluísio Ferreira de Lima

ORGANIZADORES

Práticas contemporâneas no campo da saúde

Promoção, atenção e formação em uma
perspectiva multiprofissional e interdisciplinar



Práticas contemporâneas no campo da saúde

Promoção, atenção e formação em uma
perspectiva multiprofissional e interdisciplinar

**Presidente da República**

Jair Messias Bolsonaro

Ministro da Educação

Milton Ribeiro

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC****Reitor**

Prof. José Cândido Lustosa Bittencourt de Albuquerque

Vice-Reitor

Prof. José Glauco Lobo Filho

Pró-Reitor de Planejamento e Administração

Prof. Almir Bittencourt da Silva

Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação

Prof. Jorge Herbert Soares de Lira

**IMPrensa UNIVERSITÁRIA****Diretor**

Joaquim Melo de Albuquerque

CONSELHO EDITORIAL**Presidente**

Joaquim Melo de Albuquerque

Conselheiros*

Prof. Claudio de Albuquerque Marques

Prof. Antônio Gomes de Souza Filho

Prof. Rogério Teixeira Masih

Prof. Augusto Teixeira de Albuquerque

Prof.^a Maria Elias Soares

Francisco Jonatan Soares

Prof. Luiz Gonzaga de França Lopes

Prof. Rodrigo Maggioni

Prof. Armênio Aguiar dos Santos

Prof. Márcio Viana Ramos

Prof. André Bezerra dos Santos

Prof. Fabiano André Narciso Fernandes

Prof.^a Ana Fátima Carvalho Fernandes

Prof.^a Renata Bessa Pontes

Prof. Alexandre Holanda Sampaio

Prof. Alek Sandro Dutra

Prof. José Carlos Lázaro da Silva Filho

Prof. William Paiva Marques Júnior

Prof. Irapuan Peixoto Lima Filho

Prof. Cássio Adriano Braz de Aquino

Prof. José Carlos Siqueira de Souza

Prof. Osmar Gonçalves dos Reis Filho

* membros responsáveis pela seleção das obras de acordo com o Edital n.º 13/2019.

**Renata de Sousa Alves
Jurema Barros Dantas
Alúcio Ferreira de Lima**
(Organizadores)

Práticas contemporâneas no campo da saúde

**Promoção, atenção e formação em uma
perspectiva multiprofissional e interdisciplinar**



Fortaleza
2020

Práticas contemporâneas no campo da saúde: promoção, atenção e formação em uma perspectiva multiprofissional e interdisciplinar

Copyright © 2020 by Renata de Sousa Alves, Jurema Barros Dantas, Aluísio Ferreira de Lima (organizadores)

Todos os direitos reservados

IMPRESSO NO BRASIL / PRINTED IN BRAZIL

Imprensa Universitária da Universidade Federal do Ceará (UFC)
Av. da Universidade, 2932, fundos – Benfica – Fortaleza – Ceará

Coordenação editorial

Ivanaldo Maciel de Lima

Revisão de texto

Yvantelmack Dantas

Normalização bibliográfica

Luciane Silva das Selvas

Programação visual

Sandro Vasconcellos / Thiago Nogueira

Diagramação, tratamento de imagens e redesenho de gráficos para vetoriais

Sandro Vasconcellos

Capa

Valdiano Araujo Macedo

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Bibliotecária Luciane Silva das Selvas CRB 3/1022

P912 Práticas contemporâneas no campo da saúde [livro eletrônico] : promoção, atenção e formação em uma perspectiva multiprofissional e interdisciplinar/ Organizadores, Renata de Sousa Alves, Jurema Barros Dantas, Aluísio Ferreira de Lima. - Fortaleza: Imprensa Universitária, 2020.

2407 Kb : il. ; PDF. -- (Estudos da Pós-Graduação)

ISBN: 978-65-88492-20-8

1. Saúde. 2. Promoção da saúde. 3. Saúde da mulher. I. Alves, Renata de Sousa. II. Dantas, Jurema Barros. III. Lima, Aluísio Ferreira de. IV. Título.

CDD 610

Coletânea de trabalhos do
Mestrado Profissional em Saúde da Família

Nucleadora UFC

SUMÁRIO

BREVES NOTAS SOBRE UM LIVRO PREOCUPADO EM DISCUTIR PRÁTICAS CONTEMPORÂNEAS NO CAMPO DA SAÚDE <i>Aluísio Ferreira de Lima</i>	11
CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO MUNICÍPIO DE ARACOIABA (CE) SOBRE TUBERCULOSE <i>Fábio Freitas de Sousa, Renata de Sousa Alves, Paulo Sérgio Dourado Arrais</i>	14
A (IN)SUFICIÊNCIA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA: contradições e possibilidades do diálogo entre Saúde Mental e Atenção Primária <i>Raquel Rubim da Rocha Guimarães, Aluísio Ferreira de Lima, Diego Mendonça Viana, Geilson Gonçalves de Lima</i>	40
FERRAMENTAS DE ABORDAGEM FAMILIAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: um projeto de intervenção <i>Antônia Norma Teclane Marques Lima, Hipácia Fayame Clares Alves, Jéssica Pinheiro Carnaúba, Renata de Sousa Alves</i>	63
INDICADORES DE SAÚDE DA MULHER DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CE <i>Andrea Gomes Linard, Emanuella Carneiro Melo, Valter Cordeiro Barbosa Filho</i>	83

USO DE MEDICAMENTOS E A MEDICALIZAÇÃO DA VIDA: uma discussão necessária aos Equipamentos da Atenção Básica <i>Jurema Barros Dantas</i>	100
RACIONALIDADES BIOMÉDICA E MUNDANA E OS SIGNOS DO CUIDADO EM CIRCUITOS LINGUÍSTICO-DIALÓGICOS (CENAS DE DIÁLOGOS) <i>Pedro Renan Santos de Oliveira, Aluisio Ferreira de Lima, Stephanie Caroline Ferreira de Lima</i>	114
PERCEPÇÃO DE MÃES ACERCA DA INTER-RELAÇÃO ENTRE AMAMENTAÇÃO E SAÚDE BUCAL INFANTIL <i>Risolina Rodolfo de Sá Batista, Ryvanne Paulino Rocha, Andréa Soares Rocha da Silva, Fabiane do Amaral Gubert</i>	135
O FENÔMENO DA MEDICALIZAÇÃO DA INFÂNCIA: uma discussão no contexto da Atenção Primária à Saúde <i>Jurema Barros Dantas, Adryssa Bringel Dutra, Ana Paula Soares Gondim</i>	158
CONSTRUÇÃO DE UM FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA <i>Adriana Oliveira Souza De Tullio, Karla Verbena Salviano Cavalcante, Maria Sabrinny Martins Rodrigues, Marcelo José Monteiro Ferreira</i>	177
INTERVENÇÃO EDUCATIVA EM SAÚDE TENDO COMO MOTE O BEIJO: estratégia para prevenção de IST/HIV em adolescentes escolares <i>Gemima de Paiva Rêgo, Fabiola Gessika Coelho Bezerra, Anyá Pimentel Gomes Fernandes Vieira Meyer, Fabiane do Amaral Gubert</i>	192
ACESSO DOS USUÁRIOS ÀS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE MOMBAÇA, CEARÁ: avaliação do controle social <i>Antônia Norma Teclane Marques Lima, Hipácia Fayame Clares Alves, Jéssica Pinheiro Carnaúba, Renata de Sousa Alves</i>	215

CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DE MULHERES SOBRE A PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO UTERINO <i>Andrea Gomes Linard, Lucenir Mendes Furtado Medeiros, Emília Soares Chaves Roubert, Valter Cordeiro Barbosa Filho</i>	233
PROMOÇÃO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES - PICs: um campo promissor e de inovação no processo de cuidar <i>Ângela Maria Alves e Souza, Andréia Cíntia Eufrásio Soares, Luciana Rodrigues Cordeiro, Ana Claudia Fortes Ferreira</i>	246
AÇÕES DE PROMOÇÃO EM SAÚDE BUCAL EM UM PROGRAMA DE PUERICULTURA INTERDISCIPLINAR <i>Dírlia Silva Cardoso Macambira, Emília Soares Chaves, Edmara Chaves Costa</i>	252
PESQUISA COM REIKI NO MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA – recomendação para Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) <i>Luciana Rodrigues Cordeiro, Maria Fátima Maciel Araújo, Ângela Maria Alves e Souza</i>	262
DOMÍNIO DOS MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS: elaborado em oficinas educativas para Promoção da Saúde da Mulher <i>Fabiola Gessika Coelho Bezerra, Geminna de Paiva Rêgo, Marcela Marques Jucá Fernandes, Maria Fátima Maciel Araújo</i>	272
PROMOÇÃO DE GRUPO TERAPÊUTICO DE APOIO AO LUTO, PERDA E SEPARAÇÃO PLUS+ TRANSFORMAÇÃO: reinventando a vida juntos <i>Ângela Maria Alves e Souza, Andréia Cíntia Eufrásio Soares, Diego da Silva Ferreira</i>	284
CÍRCULO DE CULTURA COMO ESTRATÉGIA PARA SE PROBLEMATIZAR A OBESIDADE INFANTIL ENTRE CUIDADORES DE ESCOLARES: um relato de experiência <i>Geilson Gonçalves de Lima, Karla Verbena Salviano Cavalcante, Raquel Cristina Santana Praxedes, Fabiane do Amaral Gubert</i>	291

APRENDIZAGEM BASEADA EM PROBLEMAS: ferramenta
para desenvolvimento de competências no Mestrado Profissional em
Saúde da Família

*Adriana Oliveira Souza De Tullio, Chris Evert Moura Tabosa
de Figueiredo, Jéssica Pinheiro Carnaúba, Marcelo José*

Monteiro Ferreira 302

OS AUTORES 316

BREVES NOTAS SOBRE UM LIVRO PREOCUPADO EM DISCUTIR PRÁTICAS CONTEMPORÂNEAS NO CAMPO DA SAÚDE

Aluísio Ferreira de Lima

Geralmente livros são iniciados com uma breve apresentação sobre o que pretende oferecer ao leitor, quais os problemas que pretende resolver, quais caminhos oferece e que resoluções aponta. Não penso que esse seja o caso desse trabalho. Algumas pessoas ficarão desapontadas se esperarem alguma resposta definitiva ou alguma afirmação irrefutável nesse livro. Isso porque ele está organizado de modo a oferecer um conjunto de contribuições cujos autores, teorias e metodologias estão mais preocupados em alimentar nossos incômodos frente a um reposicionamento das políticas de saúde em nosso país, leituras sobre problemas enfrentados pelos profissionais de saúde em seu cotidiano e inspirações para uma práxis transformadora.

O livro, nesse sentido, pode ser melhor identificado desde já como um prólogo de uma obra jamais escrita, tal como compreende Giorgio Agamben (2008, p. 9), uma vez que sempre escrevemos “prelúdios ou decalques de outras obras ausentes que não representam mais do que estilhas ou máscaras mortuárias”. O texto como um conflito em suspenso entre o que não foi apreendido, o que se tenta apreender e o que nunca poderá ser apreendido totalmente. Algo próximo ao que muitos chamariam de esboço. Lembremo-nos de que os “esboços não são qua-

dros nem desenhos, são contornos parcialmente visíveis de conteúdo indeterminado. Por sua condição de incompletude estão sempre abertos para serem utilizados de diferentes maneiras, a serem redesenhados ou abandonados” (LIMA, 2005). Obviamente, isso não significa que o esboço não conte com uma lógica interna, ou ainda, que não seja de algum modo propositivo. Um esboço bem feito oferece entendimentos construtivos sobre os problemas internos de uma tarefa artística e também quais condições são necessárias para resolver seus propósitos.

Não por acaso, o título da obra tenha me parecido tão oportuno. Quando falamos em práticas contemporâneas em saúde, sua promoção, atenção e formação em uma perspectiva multiprofissional e interdisciplinar estamos nos referindo às várias propostas que tentam, cada uma a seu modo, interpelar o presente. Afinal, o Campo da Saúde, sobretudo a Saúde da Família é algo da contemporaneidade, que por sua vez é um tempo no qual o presente deve viver com o anacronismo.

Se contemporâneo é aquele que percebe a escuridão de seu tempo como algo que lhe diz respeito e não cessa de interpelá-lo, o Mestrado Profissional em Saúde da Família, da nucleadora UFC, que faz parte da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – RENASF, não poderia ser melhor enquadrado. Desde a implementação de sua primeira turma em 2012, tem se preocupado em oferecer, para profissionais de saúde inseridos em diferentes segmentos da Estratégia de Saúde da Família, uma formação capaz de desenvolver o pensamento crítico e a autonomia para analisar os desafios contemporâneos dos serviços de saúde. Isso tanto a partir do desenvolvimento de projetos relacionados ao cotidiano de trabalho na saúde da família, com uso de metodologias científicas e pesquisas empíricas, como na mediação da apropriação de conhecimento para a tomada de decisões e gestão dos processos de trabalho e de cuidado.

Se, para ser contemporâneo, é preciso, antes de tudo, ser corajoso (AGAMBEN, 2009), o fio condutor das diferentes pesquisas concluídas e a heterogeneidade de trabalhos que refletem a pluralidade de vozes dizem muito sobre a coragem nas produções do MPSF. Para ser contemporâneo é preciso coragem. Sobretudo porque ser contemporâneo significa manter o olhar na escuridão de cada época e, ao mesmo

tempo, perceber uma luz que mesmo dirigida a nós se afasta infinitamente, tal como a luz das estrelas que avistamos na noite escura. Nesse livro o leitor encontrará bons exemplos disso.

Referências

AGAMBEN, G. *Infância e história: destruição da experiência e origem da história*. Belo Horizonte: Editora da UFMG, 2005.

AGAMBEN, G. *O que é o contemporâneo e outros ensaios*. Chapecó: ARGOS, 2009.

LIMA, A. F. de. *A dependência de drogas como um problema de identidade: possibilidades de apresentação do Eu por meio da oficina terapêutica de teatro*. 2015. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2015.

CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO MUNICÍPIO DE ARACOIABA (CE) SOBRE TUBERCULOSE

*Fábio Freitas de Sousa
Renata de Sousa Alves
Paulo Sérgio Dourado Arrais*

Introdução

A tuberculose é um dos graves problemas de saúde pública a ser enfrentado pelos gestores de saúde no mundo. Em 2014 foram registrados 9,6 milhões de pessoas com tuberculose e 1,5 milhão de óbitos. Entendendo a necessidade de combater o avanço da Tuberculose, a Organização Mundial da Saúde instituiu um programa de estratégias pelo fim da tuberculose, com metas a serem alcançadas até 2035, cuja pretensão é reduzir o coeficiente de incidência para menos de 10 casos por 100 mil habitantes; e reduzir o número de óbitos por tuberculose em 95% (BRASIL, 2016).

Em 2016 e 2017, a estimativa de casos novos de tuberculose foi em torno de 10 milhões de pessoas e 1,3 milhão de óbitos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018; BRASIL, 2019). No Brasil, em 2016 foram diagnosticados e registrados 66.796 casos novos (BRASIL, 2017) e 4.426 óbitos por tuberculose (BRASIL,

2018). Em 2017, foram 69.569 casos novos (BRASIL, 2018) e 4.534 óbitos (BRASIL, 2019). Em 2018 foram 72.788 casos novos (BRASIL, 2019).

Nos anos de 2017 e 2018, os maiores coeficientes de incidência de tuberculose foram nos estados do Amazonas e do Rio de Janeiro, e nas respectivas capitais, Manaus (2017: 104,7/100 mil hab.; 2018: 72,9/100 mil hab.) e Rio de Janeiro (2017: 88,5/100 mil hab.; 2018: 66,3/100 mil hab.) No Ceará, os coeficientes de incidência de tuberculose foram 34,1/100 mil habitantes em 2017 e 37,7/100 mil habitantes em 2018 (BRASIL, 2019; BRASIL, 2018).

O município de Aracoiaba-CE notificou no ano de 2014, de acordo com os dados do SINAN, 11 casos de tuberculose pulmonar, dos 16 casos de tuberculose (todas as formas) esperados para o ano, alcançando uma taxa de detecção de 69,0%. O coeficiente de incidência de TB no município é de aproximadamente 43/100 mil habitantes e a proporção de cura ocorre em torno de 50% dos casos diagnosticados. Percebe-se que os indicadores encontrados estão aquém das metas preconizadas pelo Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), implementado em 1998, conforme o qual se espera que sejam detectados ao menos 92,0% dos casos esperados para tuberculose no ano e curados 85,0% dos casos (BRASIL, 2015; MARCIEL, 2009).

A qualificação dos profissionais de saúde é de extrema importância para o desenvolvimento das ações de controle da tuberculose e redução da incidência e mortalidade pela doença. Portanto, esses profissionais devem ter conhecimentos técnico-científicos adequados acerca da tuberculose, especialmente os relacionados à fisiopatologia, clínica, diagnóstico, tratamento, terapêutica, profilaxia/controle, promoção da saúde, além do conhecimento dos fluxos assistenciais da rede de saúde na qual o paciente está inserido (BATISTA, 2011). Por outro lado, sabe-se das dificuldades enfrentadas pelos serviços de saúde na realização do diagnóstico precoce, decorrentes da degradação dos serviços e do despreparo de parte dos profissionais de saúde em identificar a doença (SILVA-SOBRINHO, *et al.*, 2014; MAIOR *et al.*, 2012).

Desta forma, identificar como se apresenta o conhecimento dos profissionais de saúde da atenção básica sobre as ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle da tuberculose é extremamente relevante para que os gestores de saúde possam elaborar planos de intervenção norteados pelos resultados, para que sejam alcançadas as metas estabelecidas pelo PNCT.

Diante do exposto, objetivou-se, com este trabalho, avaliar o conhecimento dos profissionais de saúde de nível superior (médicos e enfermeiros) e médio (auxiliar/técnico em enfermagem), que atuam na atenção primária do município de Aracoiaba-CE, sobre aspectos do diagnóstico, tratamento, cura e controle da tuberculose.

Método

Tipo e local de estudo

Trata-se de estudo transversal, realizado com profissionais de saúde das 11 unidades básicas de saúde do município de Aracoiaba-CE, no período de fevereiro a junho de 2016.

O Município de Aracoiaba-CE está localizado no maciço de Baturité, distante 75km de Fortaleza-CE. Possui uma área de 628,1km², sua população aproximada é de 25.405 habitantes, divide-se em dez distritos, a saber: Sede, Vazantes, Pedra Branca, Milton Belo, Passagem Funda, Ideal, Plácido Martins, Genipapeiro, Jaguarão e Lagoa de São João (IBGE-2010). Compõe a 4^a região de saúde do Estado do Ceará, sendo esta formada por oito municípios (Aracoiaba, Baturité, Munlugu, Aratuba, Guaramiranga, Pacoti, Capistrano e Itapiúna).

O estudo incluiu os profissionais de saúde das 11 unidades básicas de saúde da família do município, sendo quatro unidades situadas na zona urbana, nos bairros Centro, São José, Parque Centenário e Bulandeira, e sete na zona rural, nos distritos de Vazantes, Ideal, Capivara, Furnas, Passagem Funda e Jaguarão.

O estudo teve como população alvo médicos, enfermeiros, auxiliares e/ou técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde da rede de atenção primária à saúde do município de Aracoiaba-CE.

Instrumentos para pesquisa

Para avaliar os conhecimentos dos profissionais sobre tuberculose foram estruturados dois formulários (A e B), contendo perguntas abertas e fechadas, de fácil compreensão, elaborados com base no manual de recomendações para o controle da tuberculose (BRASIL, 2011a) e nas recomendações estabelecidas no Programa Nacional de Controle da Tuberculose (BRASIL, 2004).

No formulário “A”, o bloco I contemplou perguntas de caráter geral dos entrevistados. Assim, foram coletadas informações sobre aspectos sociodemográficos (sexo, idade, categoria profissional); aspectos da formação acadêmica de médicos e enfermeiros (instituição de ensino superior de formação, tempo de formação, pós-graduação, área de conhecimento da pós-graduação); aspectos relativos à situação profissional (vínculo empregatício e tempo de atuação na ESF); e aspectos relativos à participação em treinamentos na área da tuberculose (participação no treinamento sobre tuberculose, quando realizou e por quem foi realizado e motivação para participar do treinamento).

O bloco II englobou o conhecimento específico dos profissionais sobre a doença, tais como agente etiológico, forma de transmissão e tipos de tuberculose transmissíveis, situações e fatores que potencializam as chances de uma pessoa adquirir tuberculose pulmonar, principais sinais e sintomas, classificação e manejo clínico dos sintomáticos respiratórios e contatos de pessoas com TB, critérios para diagnóstico de tuberculose pulmonar, exames a serem solicitados para pessoas com TB, tempo de tratamento, fármacos utilizados no tratamento, estratégia DOTS ou tratamento diretamente observado (TDO), critérios de cura de uma pessoa com tuberculose. Inquiriu-se ainda nesse bloco acerca das medidas de controle e prevenção da tuberculose as quais abrange vacinação com BCG, investigação dos contatos de TB, tratamento de infecção latente por tuberculose-ILTB, garantia do uso correto dos medicamentos, busca ativa de sintomáticos respiratórios, TDO e notificação de casos confirmados de TB.

Quanto ao formulário “B”, destinado aos auxiliares e/ou técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, foi composto por per-

guntas retiradas de ambos os blocos de questões, tendo em vista algumas delas não se aplicarem a estas categorias e outras por serem perguntas que fogem das competências destes profissionais, tais como: aspectos da formação acadêmica de médicos e enfermeiros, critérios para diagnóstico de tuberculose pulmonar, exames a serem solicitados para pessoas com TB, tempo de duração da fase intensiva e de manutenção e critérios de cura de uma pessoa com tuberculose.

Coleta e análise de dados

A coleta de dados ocorreu nas 11 unidades básicas de saúde do município de Aracoiaba, durante o mês de fevereiro de 2016. Para isso foi realizado contato prévio com a gestão municipal para expor os propósitos da pesquisa e obter a assinatura do termo de anuência, bem como organizar um calendário de visitas às unidades. A pesquisa foi realizada em dias úteis (de segunda a sexta-feira) e no horário de trabalho dos profissionais.

Os participantes da pesquisa foram reunidos nas salas de reunião das respectivas unidades de saúde, onde foram informados sobre os objetivos da pesquisa e a garantia da confidencialidade das informações. Após a assinatura do termo de consentimento livre esclarecido, foi entregue um formulário, A ou B, conforme categoria profissional. O pesquisador esteve presente durante todo o processo, para o esclarecimento de possíveis dúvidas.

Para caracterizar a população estudada, foram determinadas as frequências absolutas e relativas, a média e o desvio padrão da idade, e os resultados foram apresentados sob a forma de tabela.

Os dados foram inseridos em banco de dados estruturado no programa EXCEL-2013 e posteriormente analisados pelo programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 17.0. O teste do Qui-Quadrado e exato de *fisher*, com nível de significância $p < 0.05$, foram utilizados para avaliar se a distribuição dos percentuais de acertos, relativos ao conhecimento dos profissionais sobre tuberculose, eram estatisticamente significantes. Para tal, as variáveis do estudo foram estratificadas pelas categorias profissionais, divididas em nível superior e médio.

Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Ceará (UFC), sob nº 1.403.804. Os princípios éticos foram seguidos em todas as fases do estudo, em consonância com o que preconiza a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

Dos 98 profissionais de saúde que trabalhavam na atenção primária à saúde do município de Aracoiaba-CE, responderam ao questionário 96. Um médico e um ACS se recusaram a participar. Desta forma responderam aos formulários 10 médicos, 11 enfermeiros, 16 auxiliares/técnicos em enfermagem e 59 ACS.

Dos 96 participantes, 87,5% eram do sexo feminino. A média de idade em anos foi de 40,2 ($\pm 11,3$), com mínimo valor de 19 e máximo de 70 anos; 78,2% tinham nível médio (ACS e auxiliares/técnicos de enfermagem) e 21,8% nível superior (médicos e enfermeiros).

Entre os profissionais de nível superior ($n=21$), 61,9% cursaram a graduação em instituições públicas; 52,4% tinham até 5 anos de formados; e 66,7% referiram ter cursado pós-graduação, principalmente no nível de especialização ($n=11$), sendo 64,3% na área de saúde da família, como mostra a Tabela 1.

Os médicos tiveram formação principalmente nas instituições públicas (90,0%) e os enfermeiros nas instituições privadas (63,7%). Com relação ao tempo de formado, 50,0% dos médicos e 54,5% dos enfermeiros possuíam até 5 anos de formado. A maioria dos médicos (60,0%) e enfermeiros (72,7%) realizou pós-graduação, principalmente especialização, na área da saúde da família.

No que se refere ao tempo de atuação de todos os profissionais de saúde (nível superior ou médio) na atenção primária à saúde (APS), observou-se que 50,0% dos médicos, 54,5% dos enfermeiros e 62,5% dos auxiliares/técnicos em enfermagem possuíam até 5 anos de atuação na APS, enquanto os ACS apresentaram em sua maioria (70,7%), mais de 10 anos de atuação.

Em relação ao vínculo empregatício dos profissionais com o município, 80,0% (n=8) dos médicos mantinham vínculo através dos programas do governo federal (PROVAB e Mais Médicos) e 63,6% (n=7) dos enfermeiros eram servidores em regime estatutário. Entre os auxiliares/técnicos de enfermagem não foi observada diferença, porém entre os ACS, 96,6% (n=57) eram servidores efetivos no município por meio de concurso público.

Quanto à participação em treinamentos na área da tuberculose, verificou-se que apenas 4 médicos (40,0%) e 2 enfermeiros (18,2%) afirmaram ter realizado tal capacitação. Entre os profissionais de nível médio, 25 ACS (42,4%) e 2 auxiliares/técnicos em enfermagem (12,5%) a fizeram.

Entre os profissionais que realizaram treinamento em TB, 3 médicos realizaram esse treinamento depois do ano de 2010, um enfermeiro participou até o ano de 2010 e outro entre 2001 e 2010. Entre os profissionais de nível médio, 2 auxiliares/técnicos em enfermagem e 9 ACS fizeram capacitação entre 2001 e 2010.

Conhecimentos sobre aspectos relacionados à transmissão da tuberculose pulmonar

Com relação a transmissão da tuberculose pulmonar, todos os médicos e enfermeiros responderam corretamente sobre a classe do agente etiológico causador da tuberculose pulmonar (bactéria) e via de transmissão (respiratória). Quanto às formas de tuberculose transmissíveis, todos os médicos responderam corretamente os itens tuberculose pulmonar, óssea e renal e apenas seis (60,0%) responderam corretamente sobre a transmissão da tuberculose laríngea. Entre os enfermeiros, todos responderam corretamente quanto à forma de tuberculose transmissíveis nas questões referentes à tuberculose pulmonar e renal e 9 (81,8%) nos itens sobre tuberculose óssea e laríngea.

Quanto aos fatores que aumentam as chances de se adquirir tuberculose pulmonar, todas as alternativas estavam corretas, mas observou-se que nem todos acertaram (80,0% dos médicos e 54,5% dos enfermeiros). Os fatores “*diabetes mellitos*” e “*neoplasias*” foram os itens menos referidos pelos participantes, principalmente os enfermeiros.

Com relação ao questionamento sobre se “a pessoa que apresenta o agente etiológico em seu organismo, mas não tem a doença instalada, transmite a doença”, observou-se que apenas 6 médicos (60,0%) e 5 enfermeiros (45,4%) responderam corretamente que não.

Entre os profissionais de nível médio, os conhecimentos quanto ao agente etiológico da doença e via de transmissão, verificou-se que apenas 7 (43,8%) dos auxiliares/técnicos de enfermagem acertaram o agente transmissor e 15, a via de transmissão (93,8%). Entre os ACS, 36 (61,0%) acertaram o agente transmissor e 56 (94,9%) a via de transmissão. Em relação às formas de tuberculose transmissíveis, observou-se que a maioria dos profissionais de nível médio referiu corretamente as formas, 12 (75,0%) dos auxiliares/técnicos de enfermagem e apenas 35 (59,3%) dos ACS.

Com relação aos fatores que potencializam a contaminação pelo *Mycobacterium tuberculosis*, verificou-se que 8 (50%) auxiliares/técnicos de enfermagem e 37 (62,7%) dos ACS responderam corretamente aos itens. O “diabetes mellitus” e a “neoplasias” foram os itens menos referidos em comparação com os demais.

Quando questionados se uma pessoa pode transmitir os bacilos estando infectada, mas sem desenvolver a doença, apenas oito (50,0%) dos auxiliares/técnicos em enfermagem e 47 (79,7%) dos ACS responderam corretamente, diferença estatisticamente significativa ($p < 0,026$).

Conhecimentos acerca do diagnóstico de tuberculose pulmonar

Com relação aos conhecimentos de médicos e enfermeiros sobre os sinais e sintomas da tuberculose pulmonar, os acertos foram acima de 80,0% em todos os itens. Observou-se que os médicos responderam adequadamente a todos os itens, exceto ao item tosse seca ou produtiva, que foi assinalado corretamente por 9 médicos. Entre os enfermeiros, todos assinalaram perda de peso (11), 10 assinalaram febre vespertina, falta de apetite e sudorese noturna. Quanto à tosse seca ou produtiva, nove responderam corretamente.

No que diz respeito ao aspecto de como tais profissionais classificam um “sintomático respiratório”, apenas 8 (80,0%) médicos e 4 (36,4%) enfermeiros responderam corretamente: “O indivíduo que apresenta tosse seca ou produtiva por mais de 3 semanas”.

Quando interrogados sobre os critérios necessários para se estabelecer o diagnóstico de TB pulmonar, 8 (80%) médicos e 8 (72,2%) enfermeiros assinalaram todos os itens de forma correta (duas BKs diretas positivas; uma BK direta positiva e cultura positiva; uma BK direta positiva e imagem radiológica sugestiva de TB e duas ou mais BKs diretas negativas e cultura).

Na indagação sobre a classificação de contato da pessoa com TB pulmonar, 7 médicos e 6 dos enfermeiros apontaram o item correto: “A pessoa que convive no mesmo ambiente com o caso índice no momento do diagnóstico da tuberculose”. Porém, ao se questionar sobre os exames que devem ser solicitados aos contatos de indivíduo com TB pulmonar (prova tuberculínica e exame radiológico de tórax), 2 médicos e 1 enfermeiro, responderam corretamente à pergunta. Referente às diversas situações apresentadas na pergunta, dentre as quais deve-se solicitar cultura e teste de sensibilidade dos pacientes com TB, 6 e 3, respectivamente, dos médicos e enfermeiros, responderam adequadamente à questão.

Com relação ao conhecimento dos auxiliares/técnicos em enfermagem e ACS quanto aos sinais e sintomas da tuberculose pulmonar, observou-se que a porcentagem de acertos dos profissionais de nível médio foi superior a 84,0%. Os auxiliares/técnicos de enfermagem, nos itens tosse seca ou produtiva e perda de peso obtiveram 93,8% de acertos; enquanto nos itens febre vespertina, falta de apetite e sudorese noturna atingiram 87,5%. Todos os ACS responderam corretamente a febre vespertina, 98,3% a perda de peso, 94,9% a falta de apetite e 93,2% a tosse produtiva ou seca.

Entre os profissionais de nível médio que responderam sobre a classificação de indivíduos denominados de sintomático respiratório (indivíduo que apresenta tosse seca ou produtiva por mais de 3 semanas), 2 dos auxiliares/técnicos de enfermagem e somente 3 ACS conheciam o assunto. A grande maioria de ambas as categorias também

não soube definir o contato de indivíduo com tuberculose pulmonar. Quanto à definição de “contato” de pacientes com TB Pulmonar (pessoa que convive no mesmo ambiente com o caso índice no momento do diagnóstico da tuberculose), entre as categorias, apenas 7 ACS obtiveram êxito em suas respostas.

Conhecimentos sobre o tratamento da tuberculose pulmonar

Com relação ao tempo estimado do tratamento da tuberculose pulmonar, 90,0% dos médicos e 72,7% dos enfermeiros afirmaram corretamente que o tempo correto seria de 6 meses. Quanto aos fármacos utilizados na fase intensiva e de manutenção do tratamento da TB pulmonar, respectivamente, 8 e 7 dos médicos responderam corretamente, enquanto que, dos enfermeiros avaliados, apenas 7 acertaram os fármacos utilizados em ambas as situações. A maioria dos médicos (90,0%) e dos enfermeiros (54,5%) acertou, em ambas as situações, o tempo de duração da fase intensiva (2 meses) e de manutenção (4 meses) do tratamento da tuberculose pulmonar.

Quanto aos aspectos que devem ser orientados aos pacientes relacionados ao tratamento instituído (duração do tratamento prescrito, importância da regularidade no uso dos medicamentos, efeitos adversos dos medicamentos, consequências da interrupção ou abandono do tratamento), 9 dos médicos e 10 dos enfermeiros responderam corretamente. Porém, quando questionados sobre o tempo necessário para o paciente com tuberculose pulmonar deixar de transmitir a doença após o início do tratamento, observou-se que apenas 5 dos médicos e 5 dos enfermeiros responderam conforme o preconizado (15 dias).

Nos aspectos relativos à estratégia do tratamento diretamente observado (TDO ou DOTS, em inglês), todos os médicos apontaram “a supervisão da tomada da medicação com, pelo menos, 3 observações semanais, nos primeiros 2 meses de tratamento” como correta. Porém, nos demais pontos (uso de incentivos, como lanche, auxílio-alimentação, e facilitadores de acesso, vale-transporte; escolha do

local de atendimento e local e hora da administração do medicamento de acordo com as necessidades do usuário), só 50,0% destes profissionais acertaram os demais itens. Entre os enfermeiros, 10 (90,9%) responderam corretamente sobre a supervisão da tomada da medicação, 8 (72,7%) acertaram quanto ao uso de incentivos e 7 (63,0%) responderam como preconizado os itens relacionados à escolha do local de atendimento e ao local e hora da administração do medicamento.

Os dados referentes ao conhecimento dos médicos e enfermeiros sobre os critérios de cura da TB pulmonar, apenas 4 dos médicos e 2 dos enfermeiros responderam adequadamente a todas as perguntas.

Entre os profissionais de nível médio, quanto ao questionamento sobre o tempo de tratamento da TB pulmonar, 8 (87,5%) dos auxiliares/técnicos em enfermagem responderam adequadamente, percentual semelhante ao dos ACS, 50 (84,7%). Com relação ao conhecimento sobre os medicamentos utilizados no tratamento da TB pulmonar, apenas 8 (50,0%) dos auxiliares/técnicos em enfermagem e somente 8 (13,6%) dos ACS responderam corretamente. Quanto aos aspectos a serem orientados aos pacientes sobre o tratamento da TB, 10 (62,5%) e 42 (71,2%) de auxiliares/técnicos em enfermagem e ACS, respectivamente, assinalaram os itens corretos.

Quando indagados sobre o tempo de transmissão da TB pulmonar, após o início do tratamento, verificou-se que somente 6 (37,5%) dos auxiliares/técnicos em enfermagem e 17 (28,8%) dos ACS responderam adequadamente.

Em relação à estratégia TDO ou DOTS, observou-se que o item de maior percentual de acertos, entre as categorias, foi o referente à supervisão da tomada da medicação com 13 (81,3%) entre os auxiliares/técnicos em enfermagem e 53 (89,8%) entre os ACS. Em contrapartida, detectou-se que a maior deficiência entre os auxiliares/técnicos em enfermagem esteve relacionada ao uso de incentivos durante o tratamento da TB, com apenas 5 (31,3%) acertos. Os ACS apresentaram maior desconhecimento do item relacionado ao local e ao horário da administração do medicamento, que devem estar de acordo com as necessidades do usuário.

Conhecimento dos profissionais sobre as medidas recomendadas para o controle da tuberculose pulmonar

A categoria médica obteve 100% de acerto em todos os itens relativos às recomendações a serem realizadas para o controle da tuberculose pulmonar, exceto no que se refere à vacinação com BCG dos contatos de pessoas com tuberculose pulmonar, a qual apenas 4 (40,0%) respondeu corretamente. Os enfermeiros responderam corretamente 100% dos itens referentes ao tratamento da infecção latente por TB, busca ativa de sintomático respiratório e tratamento supervisionado, sendo o questionamento sobre a vacinação com BCG dos contatos de pessoas com tuberculose pulmonar o que apresentou menor percentual 3 (27,3%) (Tabela 1).

Os auxiliares/técnicos em enfermagem responderam corretamente (100%) aos itens relativos à investigação de contatos de TB, tratamento supervisionado e notificação dos casos confirmados de TB. Ainda sobre esse aspecto, entre os ACS apenas o item referente à vacinação dos recém nascidos com BCG atingiu 100% de acerto. O item referente à vacinação com BCG dos contatos de pessoas com TB pulmonar foi o que apresentou menor percentual de acerto nas duas categorias, sendo identificados apenas 2 (12,5%) para auxiliares/técnicos em enfermagem e 5 (8,5%) para os ACS (Tabela 2).

Tabela 1 - Distribuição do número de médicos e enfermeiros segundo os aspectos referentes às recomendações para o controle da Tuberculose Pulmonar. Aracoiaba-CE, 2016

VARIÁVEIS	MÉDICOS	ENFERMEIROS	P-VALOR
	n %	n %	
Vacinação dos recém nascidos com BCG ^b	10 100	10 90,9	1,000
Vacinação com BCG dos contatos de pessoas com tuberculose pulmonar	04 40	03 27,3	0,659
Investigação dos contatos de TB ^a	10 100	10 90,9	1,000
Tratamento de infecção latente por TB	10 100	11 100	1,000

(continuação Tabela 1)

VARIÁVEIS	MÉDICOS	ENFERMEIROS	P-VALOR
	n %	n %	
Realizar busca ativa de SR ^c	10 100	11 100	1,000
Fazer tratamento supervisionado na unidade de saúde ou no domicílio quando indicado	10 100	11 100	1,000
Notificar os casos confirmados de TB	10 100	10 90,9	1,000

a. TB: Tuberculose; b. BCG: Bacilo de Calmette & Guérin; c. Sintomático Respiratório; *Teste qui-quadrado ou exato de Fisher

Fonte: elaborada pelos autores.

Tabela 2 - Distribuição do número de auxiliares/técnicos de enfermagem e ACS segundo os aspectos referentes às recomendações para o controle da Tuberculose Pulmonar. Aracoíaba-CE, 2016

VARIÁVEIS	AUX.TEC	ACS		P-VALOR
	ENFERMAGEM	n	%	
	N (%)			
Vacinação dos recém nascidos com BCG ^b	15 (93,8)	59 (100)		0,213
Vacinação com BCG dos contatos de pessoas com tuberculose pulmonar	02 (12,5)	5	8,5	0,637
Investigação dos contatos de TB ^a	16 (100,0)	55	93,2	0,572
Tratamento de infecção latente por TB	13 (81,3)	51	86,4	0,692
Garantir o acesso e uso correto dos medicamentos	15 (93,8)	58	98,3	0,383
Realizar busca ativa de SR ^c	13 (81,3)	53	89,8	0,392
Fazer tratamento supervisionado na unidade de saúde ou no domicílio quando indicado	16 (100)	57	96,6	1,000
Notificar os casos confirmados de tuberculose	16 100	57	96,9	1,000

a. TB: Tuberculose; b. BCG: Bacilo de Calmette & Guérin; c. Sinotmático Respiratório; d. Teste qui-quadrado ou exato de Fisher.

Fonte: elaborada pelos autores.

Discussão

Quanto às capacitações com foco específico na tuberculose, evidenciou-se que a maioria dos profissionais, em todas as categorias, nunca tinham realizado nenhum tipo de treinamento voltado para as ações de combate à tuberculose. Entre os ACS que receberam capacitação, a maioria afirmou que tinha sido realizada pelo enfermeiro de sua respectiva unidade. Apesar desse resultado, a maioria expressou o desejo de capacitação sobre o tema. Essa situação é um reflexo da pouca importância dada ao assunto por parte dos gestores de saúde, pois, no Plano Municipal de Saúde referente à vigência de 2013 a 2017 (ARACOIABA, 2013), não havia nenhuma atividade de educação permanente voltada para a tuberculose, fato que pode repercutir negativamente no alcance dos indicadores estabelecidos pelo PNCT.

Com relação ao conhecimento sobre a classe do agente etiológico e a via de transmissão, médicos e enfermeiros responderam corretamente às questões, o que não difere do encontrado na literatura (SILVA-SOBRINHO *et al.*, 2014; MARTÍNEZ; SUANCHA; SÁNCHEZ, 2011; MARCIEL *et al.*, 2009; AVELAR *et al.*, 2006). Entre profissionais de nível médio, os achados apresentaram divergência entre as categorias, especialmente no que se refere à classificação do *Mycobacterium tuberculosis*, em que 61,0% dos ACS e menos de 50,0% dos auxiliares obtiveram êxito em suas respostas. Quanto à via de transmissão, as referidas categorias se saíram muito bem, pois ambas apresentaram acertos acima de 90%. A dificuldade que os auxiliares/técnicos de enfermagem e os ACS têm em relação a esses dois pontos também foi evidenciada nos estudos realizados por Avelar *et al.* (2006) e Marciel *et al.* (2008). Os dois aspectos apresentados são conhecimentos básicos que deveriam estar bem difundidos entre os profissionais de saúde. Quando se trata dos conhecimentos sobre as formas de tuberculose transmissíveis, a grande maioria dos profissionais de nível superior e médio referiu corretamente as formas, mas ainda existem dificuldades no que diz respeito à associação com tuberculose laríngea e óssea.

No que se refere aos fatores que aumentam as chances de um indivíduo adquirir tuberculose, nenhuma das categorias participantes

do estudo identificou que todos os itens elencados eram fatores potenciais para o aparecimento da tuberculose. Desta forma, ocorreu uma variação entre as respostas, por exemplo, todos os médicos e enfermeiros apontaram “pacientes HIV-positivos” e “moradores de rua” como principais fatores de risco e, entre os enfermeiros, observou-se uma maior deficiência de conhecimento de que a diabetes mellitos e neoplasias também seriam fatores de risco. No caso dos auxiliares/técnicos de enfermagem e ACS, a maioria identificou os “pacientes HIV-positivo” e “duração da exposição ao agente causador da TB pulmonar”, como os fatores mais relacionados ao aparecimento da tuberculose. E da mesma forma que os profissionais de nível superior, a “diabetes mellitos” e “neoplasias” foram os que apresentaram menores índices de acerto entre eles. De maneira geral, percebe-se que, apesar das diferenças entre os níveis de escolaridade das categorias, os resultados são semelhantes para todos, mostrando que a equipe de saúde da família, independentemente do nível de escolaridade, pode apresentar as mesmas deficiências.

No caso do questionamento sobre a possibilidade de uma pessoa, que está infectada pelo bacilo, mas não desenvolveu a doença, transmitir a tuberculose, constatou-se o baixo conhecimento de 40,0% dos médicos, 54,6% dos enfermeiros, 50,0% dos auxiliares e 21,3% dos ACS sobre o assunto, o que compromete substancialmente o controle da TB, pois, ao detectar um paciente com infecção latente da TB (ILT), deve-se realizar a quimioprofilaxia para evitar o desenvolvimento da doença (BRASIL, 2011).

Quanto ao diagnóstico da tuberculose, um dos importantes aspectos relacionados a todos os profissionais da APS é o reconhecimento dos principais sinais e sintomas que um paciente com tuberculose apresenta (tosse seca ou produtiva, febre vespertina, falta de apetite, perda de peso e sudorese noturna), tendo em vista que esse conhecimento é essencial para que os profissionais de saúde estejam mais sensíveis à identificação dos casos de TB e, conseqüentemente, detectar precocemente os pacientes que chegam aos serviços, bem como identificá-los no seu domicílio durante as visitas domiciliares, por exemplo (BRASIL, 2015).

No presente trabalho, os profissionais médicos e enfermeiros apresentaram ótimos percentuais de acertos ($\geq 80,0\%$), porém um dos principais sintomas (tosse seca ou produtiva) ainda foi desconhecido por um médico e dois enfermeiros, situação preocupante, pois uma das principais estratégias do PNCT é a busca ativa por sintomáticos respiratórios. Esse último achado não é exclusivo de nosso trabalho. Em estudo realizado em Foz do Iguaçu-PR, com enfermeiros, constatou-se que apenas 16,7% dos participantes sabiam apontar corretamente os sinais clássicos da TB pulmonar, destoando dos resultados do presente estudo (SILVA-SOBRINHO *et al.*, 2014).

Para os auxiliares/técnicos de enfermagem e ACS os resultados também foram muito bons, superiores a 84,0%. Observou-se que “sudorese noturna” seguida de “tosse seca ou produtiva”, foram, respectivamente, os itens menos apontados por estes profissionais, sendo, entre os ACS, a “febre vespertina” o único item apontado por todos. Essa variação também pode ser observada em outros estudos (FREITAS *et al.*, 2013; AVELAR *et al.*, 2006; MARCIEL *et al.*, 2008). Um ponto incomum nos estudos é que a febre é o sintoma mais apontado pelos ACS, apesar de ser o sintoma que recebe menor destaque na cartilha preparada para eles sobre a temática, além de ser o sintoma menos aparente da tuberculose (BRASIL, 2001).

Referente à classificação de “sintomático respiratório”, observou-se uma diferença entre médicos e enfermeiros: a maior parte dos médicos conseguiu apontar a definição correta, enquanto menos da metade dos enfermeiros conseguiu responder corretamente. Quanto aos resultados apresentados pelos profissionais de nível médio, constatou-se uma lacuna muito preocupante referente a esse aspecto, pois pouquíssimos profissionais de ambas as categorias foram capazes de apontar o conceito de “sintomático respiratório”.

Sabe-se que o reconhecimento de um paciente sintomático respiratório é uma condição essencial para que se possa identificar precocemente os pacientes com TB, assim podendo-se afirmar que esse conceito deve estar bem estabelecido entre todos os profissionais para que se possa atingir metas do PNCT, tendo em vista que, para se realizar a busca ativa de pacientes portadores de TB, é fundamental que esse con-

ceito seja claro para todos. Vale ressaltar que este achado se mostra um pouco contraditório no presente estudo, tendo em vista que a grande maioria de todas as categorias identificaram a “tosse seca ou produtiva” como sinal da tuberculose. Dessa forma, faz-se necessária a realização de processos de educação permanente, para todas as categorias, tendo como eixo a TB, frente à realidade crítica encontrada no município.

Quanto aos critérios para confirmação diagnóstica de TB pulmonar, entre as categorias de nível superior, constatou-se leve deficiência quanto a este quesito para médicos e para enfermeiros, que por sua vez apresentaram desempenho um pouco menor. Na aplicação do questionário, foi notório que quase a totalidade de ambas as categorias apontou a realização de duas BKs diretas de escarro positivas para fechar diagnóstico de TB, porém alguns desconheciam as outras alternativas de se fechar o diagnóstico da doença. Tendo em vista que alguns pacientes não conseguem realizar a BK de escarro por fatores ligados ao serviço e principalmente ao próprio paciente (MAIOR *et al.*, 2012), este achado pode estar relacionado com o não alcance da meta de detecção de casos novos de tuberculose no município de Aracoíaba, ressaltando que o diagnóstico de tuberculose no município de Aracoíaba é feito essencialmente pelo médico.

Estes achados levantam questionamentos sobre a efetividade dos serviços de nível primário na realização do diagnóstico da doença, pois a deficiência no conhecimento dos recursos humanos pode contribuir para o diagnóstico tardio da TB. Além disso, muitas vezes estes pacientes acabam sendo detectados na atenção hospitalar ou em centros especializados quando a doença já provocou um alto grau de incapacidade nos indivíduos acometidos (SILVA-SOBRINHO *et al.*, 2014). Esse apontamento pode ser reforçado por estudo realizado por Perrechi e Ribeiro (2011) no município de São Paulo, no qual se constatou que 50,0% dos casos de tuberculose foram diagnosticados no pronto socorro/hospital.

A classificação de “contato de paciente com tuberculose” foi apontada corretamente por um pouco mais que a metade dos entrevistados, médicos e enfermeiros, sem diferença estatística significativa ($p=0,659$). Entre os auxiliares/técnicos de enfermagem e ACS, obser-

vamos uma realidade crítica, tendo em vista que, dentre as duas categorias de nível médio, os únicos a responderem corretamente foram sete dos 59 ACS. Ponto importante é que todas as categorias, em quase sua totalidade, se referiram à duração do tempo de exposição ao agente causador da doença como fator potencializador para se adquirir tuberculose, tendo em vista que ele é determinante para que o indivíduo seja considerado um “contato”.

Referente aos exames a serem solicitados para os contatos de TB (PPD e RX de Tórax), questionados apenas às duas categorias de nível superior, apenas dois médicos e um enfermeiro responderam corretamente. Tais achados podem explicar o fato de o município de Aracoíaba apresentar um número de contatos identificados e investigados muito reduzido. Para se ter uma ideia, no ano de 2014, de acordo com a Coordenação de Vigilância Epidemiológica do município, foram diagnosticados 11 casos de TB pulmonar, sendo dois o número de contatos identificados pelas Equipes de Saúde da Família, e destes nenhum teve a conduta preconizada pelo Ministério da Saúde, mostrando como a deficiência no conhecimento dos profissionais tem impacto direto na qualidade da atenção prestada aos pacientes (BRASIL, 2011).

A situação epidemiológica referente aos contatos de pessoas com TB foi similar à média de contatos de um estudo realizada em Londrina-PR, 3,5 contatos para cada caso índice (FREIRE; BONAMETTI; MATSUO, 2007); e à média de três contatos avaliados para cada paciente com TB em Hong Kong (NOERTJOJO *et al.*, 2002).

Outra lacuna no conhecimento dos profissionais foi identificada com relação à classificação e manejo dos contatos de pessoas com tuberculose, que pode repercutir significativamente na efetividade das ações de controle da TB. Foi o que identificou Monroe *et al.* (2008) em seu estudo realizado em São Paulo, com profissionais do primeiro nível de atenção, segundo o qual o baixo nível de conhecimento dos profissionais repercutiu negativamente nas ações de controle da tuberculose, entre elas a investigação dos contatos.

Quando indagados sobre as situações em que devem ser solicitados a cultura de escarro e o teste de sensibilidade, observou-se que a maioria dos profissionais de nível superior conseguiu apontar apenas

um ou dois dos itens como resposta correta. Porém um pouco mais que a metade dos profissionais médicos conseguiu responder à pergunta totalmente correta e a grande maioria dos enfermeiros não conseguiu responder corretamente.

Apesar de essas condutas serem obrigatórias nas situações apresentadas na pergunta, provavelmente, diante do que foi constatado no presente trabalho, alguns pacientes podem ter tido sua assistência prejudicada devido ao desconhecimento dos profissionais sobre as informações que podem trazer contribuições de suma importância para o manejo adequado e efetivo do paciente. Exemplo disso é a cultura de microbactérias, de extrema importância, pois permite não só o diagnóstico, mas também a identificação da espécie causadora do agravo, especialmente importante para pacientes com comorbidades como alcoolismo, infecção pelo HIV e diabetes mellitus (AUGUSTO *et al.*, 2013).

Quanto ao teste de sensibilidade aos medicamentos anti-TB, tem-se que o mesmo é essencial em determinadas situações, pois no Brasil a resistência pós-primária tem sido apontada como mais frequente e determinante, inclusive em pacientes HIV-positivos (BRASIL 2011; ZAMARIOLI *et al.*, 2009).

Referente aos aspectos relacionados ao tratamento da tuberculose, quando interrogados sobre o tempo necessário para o tratamento da TB pulmonar, evidenciou-se que especialmente os médicos apresentaram bom desempenho, e os enfermeiros apresentaram um percentual de acerto inferior. Quanto aos auxiliares/técnicos de enfermagem e ACS, observou-se mais de 80% dos profissionais de ambas as categorias respondendo corretamente, mostrando um desempenho melhor do que os profissionais de nível superior. O achado pode ter explicação no fato de alguns ACS terem recebido treinamento recente pela enfermagem. O conhecimento do tempo necessário para o tratamento da tuberculose é de fundamental importância para o paciente, tendo em vista que isto pode interferir no bom desempenho do tratamento (BRASIL, 2011).

No que diz respeito aos medicamentos utilizados no tratamento da tuberculose durante a fase intensiva e de manutenção, observou-se que os médicos apresentaram melhor desempenho do que os enfer-

meiros, fato que se repete, com maior expressividade, quando interrogado o tempo de duração da fase intensiva (2 meses) e de manutenção (4 meses). Assim, quase todos os médicos responderam corretamente, ao passo que quase metade dos enfermeiros não foi capaz de apontar a resposta correta.

As diferenças existentes entre as categorias (médico e enfermeiro) podem indicar deficiência na comunicação e pouca socialização do conhecimento na equipe multiprofissional. Outro ponto que pode ter influenciado os resultados é a rotina do município de Aracoiaba, pois os profissionais que estão diretamente ligados à prescrição do tratamento da TB são os médicos. Porém, esta é uma realidade que merece atenção e necessárias mudanças, pois tanto médicos quanto enfermeiros são responsáveis diretos pela realização do tratamento dos pacientes com tuberculose. Dessa forma, todos necessitam estar munidos de conhecimento para que as falhas no esquema terapêutico possam ser evitadas e o tratamento realizado com sucesso.

Em relação aos auxiliares/técnicos de enfermagem e ACS o objetivo foi identificar se estes profissionais tinham conhecimento sobre as medicações utilizadas durante o tratamento da tuberculose, independente da fase. Contudo, entre os entrevistados, apenas metade dos auxiliares/técnicos de enfermagem conseguiu responder corretamente e pequena minoria (13,6%) foi capaz de responder ao questionamento corretamente, o que não foi diferente de outros estudos (FREITAS *et al.*, 2013). Vale ressaltar a importância destes profissionais terem o conhecimento mínimo sobre os fármacos utilizados no tratamento da TB, tendo em vista que, muitas vezes, estes profissionais terão que prestar informações aos pacientes sobre este aspecto, atribuição prevista pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011).

Quanto ao tempo necessário para o paciente com tuberculose bacilífera deixar de transmitir a tuberculose após o início do tratamento, foram evidenciadas entre médicos e enfermeiros lacunas importantes, tendo em vista que apenas metade dos médicos conseguiu êxito na resposta e os enfermeiros ficaram um pouco abaixo deste patamar. Entre os auxiliares/técnicos de enfermagem e ACS pequena parcela tinha conhecimento sobre o assunto.

Vale ressaltar que um dos pontos mais importantes para que o paciente tenha adesão ao tratamento da TB é o conhecimento deste sobre sua situação de saúde e como se dará o tratamento da sua enfermidade, portanto informações inadequadas ou a falta delas podem culminar em problemas na adesão ao tratamento ou em sua interrupção. Portanto, é essencial que o profissional possa prestar, com segurança, todas as orientações e condutas para que se obtenha o sucesso terapêutico do paciente (SÁ *et al.*, 2007).

Quanto às orientações que devem ser feitas aos pacientes com tuberculose a respeito do tratamento/esquema terapêutico instituído, consideradas de fundamental importância para a adesão e sucesso no tratamento do indivíduo acometido pelo agravo, constatou-se que quase todos os médicos e enfermeiros conseguiram apontar corretamente as orientações preconizadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL 2011). Achado semelhante ao encontrado por Marciel *et al* (2009). Em contraste ao nosso estudo, em Foz do Iguaçu-PR, observou-se que apenas 43,3% souberam apontar corretamente as orientações básicas ao paciente com TB (SILVA-SOBRINHO *et al.*, 2014).

Quanto aos auxiliares/técnicos de enfermagem e ACS, observou-se que ambas as categorias apresentaram níveis de conhecimento semelhantes no que se refere às orientações a serem realizadas ao paciente com TB, haja vista que mais da metade dos profissionais de nível médio apontou corretamente as orientações necessárias.

Referente à estratégia DOTS, constatou-se que todos os médicos e a maioria dos enfermeiros apontaram “a supervisão da tomada de medicação com, pelo menos, três observações semanais, nos primeiros dois meses de tratamento” como aspecto importante. Quanto ao “Uso de incentivos, facilitadores de acesso”, “escolha do local do atendimento” (dever ser feita pelo o paciente) e “local e horários da administração de medicamentos devem estar de acordo com o usuário e nunca do serviço”, foi observado que apenas metade dos médicos responderam corretamente, ao passo que os enfermeiros apresentaram um melhor desempenho.

Diante destes resultados, pode-se afirmar que alguns profissionais, especialmente os médicos, apresentaram visão pautada ainda no

modelo flexneriano, esquecendo de um dos princípios básicos da PNAD, segundo o qual o foco da atenção está centrado no usuário e em suas necessidades. Além disso, mostraram desconhecimento da estratégia DOST, considerada uma importante ferramenta para sucesso terapêutico do paciente (BRASIL, 2012; BRASIL, 2011).

Quanto aos resultados referentes à estratégia DOTS, pelos auxiliares/técnicos de enfermagem e ACS, a estratégia que a maioria, de ambas as categorias, apontou foi a “supervisão da tomada de medicação com, pelo menos, três observações semanais, nos primeiros dois meses de tratamento”. Para os auxiliares/técnicos em enfermagem a estratégia do DOTS “uso de incentivos e facilitadores de acesso” apareceu com menor frequência, enquanto que para os ACS, a estratégia com menor número de acertos corresponde ao “local e horário da administração do medicamento devem estar de acordo com as necessidades do usuário, e nunca do serviço”. Um estudo realizado por Rocha *et al.* (2015) com ACS, na cidade de Belo Horizonte-MG, verificou que, entre os participantes do estudo, poucos mostraram domínio sobre a estratégia DOTS, indicando uma lacuna na capacitação e treinamentos dos ACS do município, o que pode ter como consequência o desfecho desfavorável na taxa de abandono da doença.

Ao interrogarmos os profissionais médicos e enfermeiros sobre os critérios a serem observados para que se estabeleça a cura do paciente com TB, constatou-se que menos da metade dos médicos responderam corretamente, quanto aos enfermeiros observou-se realidade ainda mais preocupante. Estes achados podem estar relacionados ao conhecimento deficiente dos profissionais, tendo em vista que poucos referiram ter passado por algum processo de educação que tivesse como foco a tuberculose, fato bem preocupante, pois, assim como a detecção precoce dos casos de TB e tratamento adequado, a cura é uma importante parte do processo do cuidado ao paciente com TB.

Referente às recomendações preconizadas pelo MS, percebe-se que tanto os médicos quanto os enfermeiros demonstraram domínio sobre o que está recomendando pelo PNCT. Porém, no que se refere à “Vacinação com BCG dos contatos de pessoas com tuberculose pulmonar”, observou-se que ambas as categorias apresentam conhecimento

muito incipiente sobre este ponto; pois, de acordo com o recomendado pelo MS, a vacina BCG está indicada para recém-nascidos e contatos de pacientes com Hanseníase e não para contato de tuberculose como indicou a grande maioria dos profissionais (BRASIL, 2011). Situação muito semelhante foi encontrada entre os auxiliares/técnicos de enfermagem e ACS, dos quais praticamente todos conseguiram responder corretamente a todas as ações preconizadas pelo MS, com exceção da que se refere à condição vacinal. Isso talvez se deva ao fato de, assim como os profissionais de nível superior, estes profissionais, em sua maioria, acreditarem que a vacina BCG está indicada para os contatos de pessoas com TB, quando na verdade não existe essa indicação.

O presente trabalho apresenta algumas limitações. O instrumento avalia apenas as dimensões cognitivas dos participantes da pesquisa, pois não foi realizada observação e avaliação da rotina de trabalho dos profissionais. Dessa forma, as conclusões do estudo são insuficientes para descrever a conduta e ações efetivamente desenvolvidas pelos profissionais no cotidiano de suas atividades laborais nas unidades de saúde. A evidenciação da pouca produção científica sobre conhecimento dos profissionais da APS acerca da TB, em nível nacional e internacional, tornou relevante a realização da presente investigação. Contudo, a limitada literatura dificultou o confronto dos resultados entre os estudos, nas diferentes categorias.

Conclusão

De maneira geral, observa-se que a maioria dos profissionais que participou do estudo respondeu às questões referentes à TB; porém, em alguns pontos, considerados essenciais para a atenção aos pacientes com TB e para as ações de prevenção e controle da doença, constatou-se que o conhecimento era insuficiente. Este resultado é surpreendente, pois muitos profissionais, especialmente os de nível superior, dos quais se esperava uma melhor qualificação, em relação aos profissionais de nível médio, mostraram que não dominam conhecimentos elementares e essenciais para a sua prática clínica e manejo das pessoas com TB. Portanto, é necessário que o município estabeleça processos

de educação continuada, nos quais esteja prevista a realização de treinamento, capacitações, cursos sobre a tuberculose, roda de conversas, discussão de casos, aprendizagem em pares. Esse processo deve ocorrer de forma sistematizada e contínua, tendo como eixo norteador o fortalecimento da integração do ensino, serviço e comunidade e atenção integral, reconhecendo a importância de se trabalhar a interdisciplinaridade e multidisciplinaridade, para se alcançar a assistência de qualidade às pessoas com tuberculose.

Referências

ARACOIABA. Prefeitura municipal de Aracoiaba. Secretaria municipal de saúde. *Plano municipal de saúde 2013/2017*. Aracoiaba: Secretaria da Saúde, 2013.

AVELAR, M. C. Q. *et al.* O conhecimento da equipe de enfermagem sobre cuidados com pacientes suspeitos ou portadores de tuberculose pulmonar - estudo exploratório. *Braz. J. Nurs.*, v. 5, n. 2. 2006.

AUGUSTO, C. J. *et al.* Características da tuberculose no estado de Minas Gerais entre 2002 e 2009. *J. Bras. Pneumol.*, v. 39, n. 3, p. 357-364. 2013

BATISTA, R. S. *et al.* Conversações sobre a peste branca: formação em controle de tuberculose de profissionais da estratégia saúde da família. *Caderno de saúde coletiva*. Rio de Janeiro. v. 19, n. 3, p. 312-317, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim Epidemiológico: Brasil livre da tuberculose: evolução dos cenários epidemiológicos e operacionais da doença*. Brasília: Ministério da Saúde. v. 50, n. 9, p. 1-18, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim Epidemiológico: Implantação do plano nacional pelo fim da tuberculose como problema de saúde pública no Brasil: primeiros passos rumo ao alcance das metas*. Brasília: Ministério da Saúde. v. 49, n. 11, p. 1-18, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim Epidemiológico*: Indicadores prioritários para o monitoramento do Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde. v. 48, n. 8, p. 1-11, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. *Tuberculose*. 2015.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da saúde. *Tuberculose*: informações para agentes comunitários de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde. *Manual de recomendações para controle da tuberculose no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim Epidemiológico*: Perspectivas brasileiras para o fim da tuberculose como problema de saúde pública. Brasília: Ministério da Saúde, v. 47. n. 13, p.1-15, 2016.

FREITAS, K. G. *et al.* Conhecimento de auxiliares de enfermagem da saúde da família sobre tuberculose. *Rev. Rene*, v. 14, n. 1, p. 3-10, 2013.

MAIOR, M. L. *et al.* Tempo entre o início dos sintomas e tratamento de tuberculose pulmonar em município com elevada incidência da doença. *J. Bras. Pneumol.*, v. 38, n. 2, p. 202-209, 2012.

MARCIEL, E.L.N. *et al.* O conhecimento de enfermeiro e médicos que trabalham na estratégia saúde da família acerca da tuberculose no município de Vitória (ES): um estudo de corte transversal. *Rev Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n.1, p. 1395-1402, 2009.

MARCIEL, E.L.N. *et al.* O agente comunitário de saúde no controle da tuberculose: conhecimento e percepções. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro. v. 24, n. 6, 2008.

- MARTÍNEZ, O. A. C.; SUANCHA, E. L. F.; SÁNCHEZ, A. I. M. Conocimientos sobre tuberculosis em trabajadores de la salud em uma localidade de Bogotá D. C. *Avances Enfermagem*, v. 29. n. 1, p. 143-151, 2011.
- MONROE, A. A. *et al.* Envolvimento de equipes da Atenção Básica à Saúde no Controle da Tuberculose. *Rev. Esc. Enferm. USP*, v. 42, n. 2, p. 262-7, 2008.
- NOERTJOJO K. *et al.* Contact examination for tuberculosis in Hong Kong is useful. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Diseases*, v. 6, n. 1, p. 19-24, 2002.
- PERRECHI, M. C. T.; RIBEIRO, S. A. Desfechos de tratamento de tuberculose em pacientes hospitalizados e não hospitalizados no município de São Paulo. *J. bras. pneumol.*, São Paulo, v. 37, n. 6, p. 783-790, dez. 2011.
- ROCHA, G. S. S. *et al.* Conhecimento dos agentes comunitários de saúde sobre a tuberculose, suas medidas de controle e tratamento diretamente observado. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 1483-1496, jul. 2015.
- SÁ, L. D. *et al.* Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da Família: histórias de abandono. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis. v. 16, n.4, p. 712-718, out./dez. 2007.
- SILVA-SOBRINHO, R. A. *et al.* Conhecimento de enfermeiros de unidades de atenção básica acerca da tuberculose. *Cogitare enferm.*, Curitiba, v. 19, n. 1, p. 34-40, 2014.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global Tuberculosis Report 2018*. Geneva: WHO; 2018.
- ZAMARIOLI, L. A. *et al.* Identificação laboratorial de micobactérias em amostras respiratórias de pacientes HIV-positivos com suspeita de tuberculose. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. v. 42, n. 3, p. 290-297, 2009.

A (IN)SUFICIÊNCIA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Contradições e possibilidades do diálogo entre Saúde Mental e Atenção Primária

*Raquel Rubim da Rocha Guimarães
Aluísio Ferreira de Lima
Diego Mendonça Viana
Geilson Gonçalves de Lima*

Recorrendo ao dicionário Aurélio da Língua Portuguesa, compreendemos o significado da palavra “reforma” enquanto “mudança introduzida em algo para fins de aprimoramento e obtenção de melhores resultados”. Ao atribuir esse mesmo sentido ao contexto da “Reforma Psiquiátrica”, a primeira indagação que nos circunscreve é: o que se pretendeu aprimorar das estruturas da psiquiatria?

Essa primeira indagação nos faz retornar à história da psiquiatria em sua origem, inclusive, compreendendo que ela já nasce de uma reformulação (dos hospitais gerais e das Santas Casas de Misericórdia). Apesar de não ser nosso interesse de discussão, caberia aos psicanalistas analisarem o eterno retorno do recalcado. Ou, como sinaliza Kynoshita (2016, p. 31), seria a “cronicidade o Outro das Reformas Psiquiátricas”? O autor, a partir da análise dos diversos contextos das reformas da assistência psiquiátrica, constatou que a cronicidade institucional sempre retorna como fenômeno. O que a cronicidade desses movimentos nos sinaliza, desde seus primórdios?

As Santas Casas de Misericórdia, de origem lisbonense, foram estabelecimentos destinados ao recolhimento dos indesejáveis sociais, aqueles que representavam perigo e ameaça à ordem pública. Não tinham como objetivo a cura ou o tratamento, mas a “hospedagem” dos excluídos e eram, por excelência, o lugar das indigências, representando o controle sobre a pobreza. Foi resultado direto da precarização incitada pelas crises do século XIV, com o aumento das cidades, surgimento das pestes e o crescente número de desemprego. O início do século XV propiciou uma maior busca assistencial para lidar com a quantidade de miseráveis existentes nas ruas (FRANCO, 2014).

Do mesmo modo, os hospitais gerais não possuíam caráter médico, mas exerciam autoridade sobre “pobres, vagabundos, presidiários” (FOUCAULT, 2010, p. 6), e logo se espalharam por toda a Europa (principalmente França, Alemanha e Inglaterra). A maioria funcionava nos antigos leprosários e era mantida com dinheiro público. Desaparecida a lepra, no entanto, “os jogos da exclusão serão retomados, estranhamente semelhantes aos primeiros, dois ou três séculos mais tarde. [...] ‘cabeças alienadas’ assumirão o papel abandonado pelo lazarento” (p. 6).

Com a inauguração de um novo discurso, de influência iluminista e postulado por Philippe Pinel, essa “primeira” instituição de “tratamento” da loucura, que funcionava pela lógica do abandono e exclusão, transforma a leitura sobre o louco, reconhecendo-o agora como doente. Para Foucault (2010), com Pinel, na França, o louco se torna diferenciado dos demais, a pobreza não precisa ser mais encarcerada, mas a loucura sim. A grande internação é “o momento em que a loucura é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se no grupo; o momento em que começa a inserir-se no texto dos problemas da cidade” (FOUCAULT, 2010, p. 114). Presenciamos entre os séculos XVIII e XIX, o aparecimento do asilo com caráter terapêutico e a loucura sendo reconhecida como “alienação mental”, incorporada ao campo da Medicina.

Retomando a sinalização anterior, observamos, neste contexto, o nascimento do hospital psiquiátrico, pelas mãos de Pinel, através da reformulação dos hospitais gerais. É nesta conjuntura que a loucura ganha *status* de “doença”, porém não como qualquer outra, mas vislum-

brada como um problema moral. Entretanto, a psiquiatria alienista, com pretensões de se incorporar à Medicina, necessitou fundamentar seus discursos no saber médico, ainda que não provasse uma lesão orgânica – “se a psiquiatria pretendia ser um ramo da medicina, seria necessário que a alienação mental fosse uma enfermidade e, para tal, teria que ter um corpo anatomopatológico” (BIRMAN, 1978, p. 46).

Do século XIX ao XXI, o que observamos foi a Psiquiatria se adaptando cada vez mais aos discursos biomédicos e servindo aos interesses político-sociais:

Com efeito, a psiquiatria na tentativa de buscar seu status de verdade junto à medicina geral acabou reduzindo seus debates e considerando o estado patológico na atualidade como uma simples variação bioquímica do cérebro, que passa a ser tratado por meio de reguladores químicos, de modo que o debate acerca das definições sobre as concepções de saúde e doença são amplamente ignoradas [...] Os psiquiatras deixam de investir na clínica da observação e da escuta do sofrimento de seus pacientes e, cada vez menos interessados nos discursos e na história de vida daqueles sujeito (FERRAZZA; CRUZ, 2018).

A autora e o autor acima, através de um resgate histórico, apontam o determinismo organicista, carente de qualquer perspectiva terapêutica, transformando a Psiquiatria como grande gestora biopolítica da espécie humana.

O hospital psiquiátrico imbuído da autoridade científica torna-se o grande detentor do saber. O louco, objeto de intervenção, perde sua história, sua cultura, sua vida cotidiana. As práticas estereotipadas em seu interior consideravam determinados diagnósticos exclusivos do saber e intervenção médica. Suas ações estavam submetidas a um repertório de comportamentos convencionalmente adaptados, e qualquer prática fora desses padrões era considerada um afastamento de atitudes profissionais (SHERER SAKAGUCHI; MARCOLAN, 2016).

Avançamos aos anos de 1950, vivenciando os mais diferentes movimentos de reforma das práticas assistenciais no campo da psiquiatria e da saúde mental. *Loucos pela vida*, uma obra clássica de Amarante (1995), resume bem alguns deles e suas pretensões; aqueles com enfoque apenas no espaço asilar: psicoterapia institucional e comunidades tera-

pêuticas; os que conseguiram superar o asilo como locus de tratamento: psiquiatria de setor e psiquiatria preventiva; por fim, a antipsiquiatria e as experiências influenciadas por Franco Basaglia (Psiquiatria Democrática Italiana), que pretenderam colocar em xeque o próprio saber médico-psiquiátrico e sua relação com os dispositivos terapêuticos.

A Reforma Brasileira, reconhecida por muitos teóricos como “Antimanicomial”, sofreu grandes influências da Psiquiatria Democrática Italiana. Este movimento ocorreu paralelamente à redemocratização do país no final da década de 1970, tendo como estopim a “Crise da DINSAM”¹ em abril de 1978. De cunho crítico, o movimento objetivava questionar o modelo clássico e o paradigma psiquiátrico, com vistas à transformação das práticas reducionistas centradas no modelo asilar e estritamente biológico, o qual isolava os sujeitos com sofrimento psíquico, segregando e tutelando-os (AMARANTE; NUNES, 2018). Para Tenório (2001), a Reforma Antimanicomial colocou em xeque o próprio saber psiquiátrico como discurso hegemônico para dar conta do fenômeno do adoecimento psíquico. Não visava apenas ao aperfeiçoamento do aparato asilar, tornando-o mais humanizado, porém suas críticas apontavam para seus efeitos de normatização e controle do dito “louco”.

Desse modo, Tenório (2001) e Amarante (1995) concordam que a Reforma Psiquiátrica nasce do reclame de cidadania destes sujeitos e desdobra-se para um campo amplo e diversificado de saberes. Um movimento heterogêneo que abarcaria a clínica, a política, e os âmbitos social, cultural e jurídico, sendo, portanto, um campo de atores diversificados. A Reforma Psiquiátrica, portanto, propunha a efetivação de uma rede de assistência à saúde mental que acolhesse o sujeito; criticava o modelo de tratamento estritamente centrado no biológico, com base na concepção da terapêutica reduzida à remissão dos sintomas e na segregação; almejava a construção de um lugar que acolhesse a pessoa

¹ Órgão do Ministério da Saúde responsável pela construção das políticas de saúde mental. No ano de 1978, agrupava quatro unidades hospitalares no município do Rio de Janeiro (Centro Psiquiátrico Pedro II – CPPII; Hospital Pinel; Colônia Juliano Moreira – CJM; e Manicômio Judiciário Heitor Carrilho).

em franco sofrimento psíquico; ansiava por um local de referência aos usuários, com suporte para que as questões aparecessem e pudessem ser trabalhadas, com foco na autonomia.

No que se refere ao âmbito legislativo, garantimos a criação de uma série de políticas públicas que propuseram a redução progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos e, paralelamente, a construção de uma rede de serviços substitutivos qualificada. No entanto, foram estes esforços suficientes para garantir uma reforma radical da psiquiatria? Ou seja, a reformulação de um saber que reduz o sofrimento a classificações nosológicas e terapêuticas pautadas no controle da vida e sua adequação às normas sociais. Esta pergunta norteadora, nasceu de vivências não apenas nas práticas regionais, seja em experiências de supervisão ou em encontros sobre Políticas de Saúde Mental. Infelizmente, encontramos eco em eventos nacionais, como os realizados pela Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME) na cidade de São Paulo (2016),² Florianópolis (2017),³ Brasília (2018); em diversos grupos de discussão coletiva, compartilhamos angústias muito semelhantes nos mais variados estados e municípios brasileiros. Por exemplo, práticas manicomiais com internações forçadas e de longa permanência (mais de um ano) – principalmente para pacientes em uso prejudicial de substâncias psicoativas; redução do tratamento às prescrições medicamentosas; ausência ou enfraquecimento dos espaços coletivos de discussão como reuniões de equipe, educação permanente e matriciamento da rede básica de saúde e/ou supervisões clínico-institucionais; dificuldade de estabelecer a comunicação da rede de saúde mental; entre outros.

² 5º Congresso Brasileiro de Saúde Mental (CBSM), organizado bianualmente pela Associação Brasileira de Saúde Mental – Abrasme. Ocorreu nos dias 26, 27 e 28 de maio de 2016 na cidade de São Paulo no campus da Universidade de Indianápolis. O tema debatido foi: “Juntos nas diferenças: sonhos, lutas e mobilização social pela reforma psiquiátrica”.

³ 3º Fórum de Direitos Humanos e Saúde Mental, organizado bianualmente pela Abrasme. O Fórum e o Congresso Brasileiro de Saúde Mental se intercalam anualmente. Ocorreu nos dias 28, 29 e 30 de junho de 2017 na cidade de Florianópolis/SC no campus da Universidade Federal de Santa Catarina. O tema debatido foi: “Democracia, Saúde Mental e Violações de Direitos: Consequências humanas”.

Sobre a dificuldade de uma “práxis inovadora”

A Reforma Psiquiátrica Brasileira é resultado de uma história contínua e permanente. É um movimento constante, progressivo e regressivo, não foi e nunca será homogêneo. Amarante e Torre (2017) sinalizam a problemática em torno do movimento, afirmando que as experiências de reforma psiquiátrica se restringiram apenas à “renovação”, por não proporem reformas no sentido pleno. Nesta direção, somente reacomodaram fundamentos tradicionais da Psiquiatria, no que denominaram “psiquiatrias reformadas”.

No Brasil, a Reforma se limitou às denúncias em torno da violência produzida no interior dos estabelecimentos psiquiátricos, constituindo a luta por liberdade, democracia e direitos humanos. Um movimento que nasceu da sociedade civil e não do Estado, o que explicaria o caráter de “reforma estrutural”, não se propondo, portanto, a redefinição da relação social com a loucura (AMARANTE; TORRE, 2017).

Lima (2010) havia discutido algo parecido há alguns anos, na ocasião assinalou que ocorreram de fato importantes produções tecnológicas para o desenvolvimento e implementação dos serviços substitutivos nos três âmbitos: prático, jurídico e acadêmico. No que se refere a este último, o aumento expressivo nas produções acadêmicas sobre a temática da saúde mental, após a aprovação da Lei 10.216/2001, demonstrava o impacto na construção de conhecimento para a assistência. Como adverte Dimenstein (2009, p. 201), o aparato da lei não é suficiente para “erradicar os desejos de dominar, controlar e oprimir o louco”.

As transformações no modo de olhar e cuidar ainda se apresentam de forma extremamente tímida (LIMA, 2010). Essa timidez, por sua vez, não é algo resultante apenas de uma incapacidade de avanço epistemológico e metodológico no campo da saúde mental, ela é resultado dos efeitos das escolhas realizadas pelos psicólogos frente ao modo de lidar com a hegemonia do discurso psiquiátrico, afinal:

[...] no Brasil nunca se propôs uma “revolução” ou “emancipação” psiquiátrica e que o Estado tem aparecido e permanecido como agente de facilitação do capitalismo tardio, cujas estratégias transformaram-se ao

longo dos tempos, indo das técnicas violentas de contenção para a neutralização das possibilidades de organização social dos indivíduos. As ações, que deveriam questionar a própria concepção de doença mental e promover a desinstitucionalização da loucura, acabam sendo reduzidas a simples adoção de uma racionalidade instrumental (para diagnosticar e faturar os procedimentos) que passa a ser instrumento útil para os profissionais da saúde mental, que acreditam possuir, sob forma de monopólio, o único conhecimento verdadeiro e legítimo sobre a questão da saúde e da doença, além de acreditarem estar investidos de uma autoridade científico-social que os coloca como militantes especialistas capazes de prescrever as melhores formas de inclusão daqueles que eles mesmos carimbam com o diagnóstico excludente (LIMA, 2010, p. 4-5).

O autor segue postulando que a política concebe o manicômio como produtor da desumanização do paciente, na contramão, propõe a ampliação dos serviços substitutivos, a partir de dados demográficos, como possibilidade de inclusão do louco na sociedade. No entanto, os instrumentos da Psiquiatria permanecem os mesmos, não garantindo dessa forma uma real transformação, apenas, uma nova subordinação, o que ainda explicaria a estigmatização e medicalização do usuário destes serviços.

As práticas instrumentais ainda submetidas ao ideal cientificista da Medicina, pelo binômio saúde-doença, transformam os profissionais em “especialistas capazes de prescrever as melhores formas de inclusão daqueles que eles mesmos carimbam com o diagnóstico excludente” (LIMA, 2010, p. 5).

Ao refletir a sociedade unidimensional, Marcuse (1964) nos oferece elementos importantes para o aprofundamento da crítica apresentada por Lima (2010), sobretudo no que se refere à hegemonia da lógica instrumental técnico-científica que tem atravessado nossas práticas. Para Marcuse a sociedade unidimensional é um universo fechado sem outras possibilidades de vida, sem oposição:

[...] uma sociedade que controla e integra todas as dimensões da existência privada e pública, que assimila forças e interesses antes opostos, que administra metodicamente os instintos humanos; uma sociedade na qual toda força de negação está reprimida e se converte, por sua vez, em fator de coesão e afirmação. Este processo de integração, tão característico desta sociedade, se desenvolve, além disso, sem um terror

aberto: a democracia consolida a dominação mais firmemente do que o absolutismo. A liberdade administrada e a repressão dos instintos se transformam em instrumentos fundamentais para o aumento incessante da produtividade (PEIXOTO, 2010, p. 156).

Nessa conjuntura, para que o funcionamento da sociedade unidimensional ocorresse, foi necessária a construção de um aparato técnico-instrumental, buscando controlar as forças sociais pela mecanização, padronização e uniformização da vida, com a perda de “oposição” – consequentemente com a supressão da individualidade – pela fragilidade das forças emancipatórias, através da regulação da livre concorrência. O ser humano, por sua vez, perde sua capacidade crítica uma vez que a organização social satisfaz todas as suas necessidades individuais (condicionadas à criação de falsas necessidades por grupos dominantes e bens de consumo produzidos e impostos pelas leis de mercado).

Nessa sociedade observamos, ainda, uma padronização das classes sociais, com a consequente homogeneização ideológica de seus interesses políticos e sociais.

O conformismo se torna tão generalizado e tão profundamente arraigado nos hábitos cotidianos, que qualquer inconformismo ou insatisfação parece um sintoma de neurose. Nessa sociedade, o indivíduo acaba despojado de toda personalidade, não tem espessura nem relevo, está perfeitamente nivelado, ou seja, é “unidimensional” (PEIXOTO, 2010, p. 158).

Para Marcuse (1964) esse modo de pensar torna-se tendência em Psicologia, assim como em outras ciências. Nele, os conceitos perturbadores são eliminados uma vez que não podem ser explicados, buscando um comportamento academicamente produzido e socialmente requerido, sempre com vistas à manutenção do “capitalismo tardio” (sociedade industrial). O pensamento e o homem unidimensional são “promovidos pelos técnicos da política e pelos provedores de informação de massa” (MARCUSE, 1964, p. 51). A engenharia destas produções é tão perspicaz que o homem dominado e alienado trabalha pela manutenção e defesa desse mesmo universo.

Nesta perspectiva, as ciências que deveriam ser libertadoras, servem ao domínio e controle da natureza por meio de uma formalização matematizante, retirando sua potência de vida. Os fenômenos humanos tornam-se manipuláveis, observados, quantificados, negando sua dimensão histórica e humana. Perde-se, como assinala Yasui (2006), a dimensão sócio-histórico-cultural, propiciando a alienação de nossas próprias ações como construtores de nossa história.

Ao analisarem a “patologização da angústia na contemporaneidade”, Dantas, Sá e Carreteiro (2009) tecem algumas considerações sobre a “angústia” que vem ao encontro de nossas pontuações. A partir dos estudos de Heidegger, compreendem a angústia como disposição fundamental ontológica, que propicia uma abertura privilegiada, possibilitando ao sujeito romper referências prévias. A angústia é um clamor, um grito da existência. E como lidamos com esse clamor? Calando-o, buscando soluções mágicas ou aceitamos e suportamos o desafio de estarmos abertos para o que ela nos sinaliza? “Nesta condição, podemos falar de serenidade como uma reafirmação da vida, das possibilidades reais da existência que não se reduzem à repetição e ao controle, mas, mais originalmente, à diferença e à criação” (DANTAS; SÁ; CARRETEIRO, 2009, p. 6).

No entanto, o “totalitarismo” das sociedades industriais que se estabelece pelo aparato técnico-econômico impede o surgimento de alternativas ao modo de produção existente, de novas e outras criações e existências. Pretende silenciar toda e qualquer forma de resistência, por exemplo, seja a angústia do sujeito ou os movimentos de contestação das práticas manicomialmente vigentes.

O aparato técnico-econômico serve aos interesses de classe e à manipulação das necessidades, “doutrinar os indivíduos, integrar as forças potenciais de oposição e administrar o todo da sociedade de acordo com seus próprios interesses” (PEIXOTO, 2010, p. 159). Neste sentido, as sociedades capitalistas avançadas são totalitárias uma vez que são controladas pela hegemonia do capital, manipulando o Estado, os meios de comunicação, a educação e os outros aparatos ideológicos e instituições sociais. O foco é o controle social pela maximização do lucro e pela eliminação das forças contrárias de oposição e pela integração dos indivíduos no sistema capitalista de produção e de consumo.

Diante desta realidade, qual o compromisso teórico-crítico que cabe a nós profissionais da saúde? Estendemos esta indagação aos demais profissionais que atuam nas políticas de saúde mental brasileiras. Afinal o Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira nasce do enfrentamento político e social ao conclave da cidadania daqueles que eram confinados aos hospícios, e mantidos lá em nome de um saber técnico-científico. Estamos conduzindo nossas práticas para emancipação dos grupos aos quais intervimos/trabalhamos ou propiciando a inércia da “imbecialização” e alienação?

Lima, Ciampa e Almeida (2009) são enfáticos ao sustentarem que o conhecimento produzido deveria advir de uma reflexão da realidade, e somente a *práxis inovadora*, onde teoria e prática se relacionavam concomitantemente, poderia promover emancipação social. Obviamente, a ênfase na *práxis* não significa dizer que a teoria deve ser colocada de lado, mas sim, que a teoria deve ser concebida como “síntese precária” que é transformada no confronto com o real e reconfigurada permanentemente, a teoria comprometida com a ética e a política inerentes à vida. Seria possível uma *práxis* transformadora em outros territórios que ultrapassassem, inclusive, a configuração mais convencional dos cuidados em saúde mental? Quais seriam as possibilidades de uma *práxis* da saúde mental na Atenção Básica? Uma vez que a reflexão necessária demonstra a articulação indispensável que deve ser estabelecida entre os diversos protagonistas envolvidos, quais sejam gestores públicos, profissionais de saúde, usuários, familiares, universidades e a própria sociedade civil organizada. Neste sentido, faz-se importante conhecer alguns dados históricos importantes sobre a estruturação das práticas de saúde mental e da atenção primária em nível estadual (estado do Ceará) e em nível nacional.

O contexto histórico do estado do Ceará na Reforma Psiquiátrica: vanguardismo e convivência com atrasos

De forma análoga ao protagonismo na Reforma Sanitária na construção de equipamentos e de programas na Atenção Primária de acordo com os dados de Andrade e Barreto (2010), o estado do Ceará

também assim se destaca no campo da Saúde Mental. Um exemplo concreto e clássico desta afirmativa configura-se pelas experiências inovadoras de construção de espaços de cuidado em meio aberto em plena disputa de modelos de atenção em Saúde Mental que ocorria no estado nos anos 1990. Os dados da pesquisa de Acioly (2006) são elucidativos a esse respeito:

No Ceará, a emergência ou a maior visibilidade da reforma psiquiátrica se deu a partir da década de 90, caracterizada por uma maior mobilização dos trabalhadores de saúde mental a respeito das questões políticas, morais, econômicas e culturais que ofereciam (e ainda oferecem) sustentabilidade ao modelo tradicional (segregador) vigente. Dentro da perspectiva preconizada pela reforma psiquiátrica em 1991 surgiu o primeiro CAPS do Estado, no município de Iguatu, localizado na região Centro-Sul. Nesse período logo passaram a surgir seminários e outros eventos no cenário local, que tinham como objetivo a discussão das experiências em construção, inclusive, em outros estados. A partir dessa iniciativa em Iguatu, outros CAPS foram implantados no Ceará, dentre os quais: os de Canindé (1993), Quixadá (1993), Icó (1995), Cascavel (1995), Aracati (1997), entre outros. Na capital, mais especificamente, o primeiro CAPS surgiu apenas em 1998, vinculado à Universidade Federal do Ceará (ACIOLY, 2016, p. 14).

É relevante destacar que houve um movimento crescente de questionamento e luta pela construção de equipamentos do tipo meio aberto no estado. A articulação crescente dos movimentos de Luta Antimanicomial conseguiu pressionar os governos e atrair para a pauta da saúde mental um debate qualificado na construção de políticas públicas de caráter desinstitucionalizante e emancipatório dos sujeitos. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) situados nos interiores do estado, a exemplo do CAPS de Iguatu, foram e ainda são responsáveis por dar visibilidade às experiências inovadoras e exitosas em saúde mental em diversos aspectos.

O estado do Ceará também é pioneiro no protagonismo das iniciativas de articulação da economia solidária nos equipamentos de saúde mental, tendo as feirinhas do CAPS espaço importante nos calendários festivos de diversos municípios. Outro exemplo foi o avanço do debate para o fechamento do Hospital Casa de Repouso Guararapes

(Hospital Psiquiátrico) do município de Sobral em julho de 2000 (SÁ; BARROS; COSTA, 2007).

Também é emblemática a condenação⁴ do estado do Ceará pela Corte Interamericana de Direitos Humanos pela violação de vários direitos da Convenção Americana de Direitos Humanos (Pacto de San José) no tocante a morte de Damião Ximenes Lopes que era paciente do referido hospital fechado em Sobral. Damião faleceu em 1999 e a condenação internacional foi proferida em 2006, justamente o período em que Sobral vivia a efervescência de implantação de sua rede substitutiva.

Data de 2006 a expansão da rede de saúde mental da cidade de Fortaleza, nas gestões municipais do Partido dos Trabalhadores (2004-2008 e 2009-2012). Neste período, Fortaleza implantou sua rede de CAPS (todas as modalidades).

A esta série de avanços, cada um em sua proporção e contexto histórico, corresponde também um conjunto de retrocessos de magnitude semelhante. Houve expansão da rede substitutiva no estado (interior e capital em momentos diferentes), mas não houve uma luta articulada para manutenção da qualidade estrutural e fixação de recursos humanos nestes espaços, ou seja, a Reforma Psiquiátrica foi, aos poucos, sendo sabotada. Somado a este retrocesso, tem-se ainda o convênio de internação do SUS em leitos conveniados em Hospitais Psiquiátricos (manicômios) privados.

Além destes fatores acima mencionados, outra prova cabal de retrocesso que a Reforma vive no Ceará se destaca pelo fato de o Manicômio Estatal (Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto), também conhecido em Fortaleza como Hospital de Saúde Mental de Messejana, ter sido premiado por sua excelência no ano de 2015. Este é um retrocesso relevante, pois a Lei Estadual 12.151, de 29 de julho de 1993 busca, em seu teor, fechar os manicômios. Ou seja, 25 anos após

⁴ Os estudos de Pontes (2015) são elucidativos a respeito das repercussões que a condenação do caso Damião Ximenes Lopes trouxe para os rumos da Reforma Psiquiátrica. Nesta pesquisa é possível perceber um panorama mais detalhado sobre os avanços e retrocessos constantes existentes no Brasil e no estado do Ceará sob a óptica crítica da condenação feita pela Corte de Direitos Humanos.

a implantação do primeiro CAPS no estado, é no mínimo irônico assistir a um manicômio ser homenageado com prêmio e matéria jornalística em vez de a rede substitutiva estar a ser homenageada como se pode notar abaixo:

Hospital de Saúde Mental de Messejana é o melhor do Brasil, aponta pesquisa. Desde a última avaliação do Programa Nacional, o hospital subiu da 52ª para 1ª colocação, passando de uma nota 72,05 para 97,56. O Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto (HSM), em Messejana, foi eleito o melhor hospital da rede pública pelo Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/ Psiquiatria (PNASH 2012/2014). Entre 143 instituições avaliadas, o HSM teve a nota final de 97,56. Segundo a Secretaria da Saúde do Estado (SESA), o hospital tem 180 leitos para internação e dispõe de dois hospitais-dia com 60 leitos distribuídos no atendimento a psicóticos e dependentes químicos e também um núcleo de atendimento à infância e à adolescência. O restante das demais instituições avaliadas ficaram com média de 65,98 (HOSPITAL..., 2015, p. 1).

Estas são contradições relevantes que estão presentes nos contextos de reformas. No limite destes atos é que os movimentos precisam operar para a construção de novas narrativas frente às possibilidades de melhoria da rede substitutiva (territorial) com articulação intersetorial.

Saúde mental, reforma e retrocessos: disputas históricas pelo espaço e os novos *lobbies* da loucura no Brasil

No curso da construção da Reforma Psiquiátrica Brasileira, bem como nos episódios de estruturação dos movimentos sociais identificados com a Luta Antimanicomial, o país tem passado por enormes debates a respeito da reestruturação política e administrativa do cuidado prestado aos usuários e famílias envolvidas com a temática da saúde mental.

Relevante se faz destacar que, ao longo dos anos 1980, 1990 e da primeira década dos anos 2000, a Saúde Mental no Brasil viveu momentos de florescimento de luta social por visibilidade e afirmação do modelo substitutivo representado pela implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e de outros equipamentos de base territorial e comunitária, como a expansão da Estratégia Saúde da Família

(ESF) e a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) como base estruturante da atenção primária no país. O rompimento da lógica manicomial não ocorreu apenas pela modificação de serviços, mas também pela defesa intransigente de formas de cuidado não aprisionadoras de subjetividades e de sujeitos (SCHECHTMAN; ALVES, 2014). Neste ínterim, também se formata a luta pela construção de alternativas de enfrentamento ao estigma da doença mental, da desinstitucionalização e do protagonismo das pessoas frente ao preconceito e ao estigma. Estes entendimentos e a perspectiva histórica detalhada sobre a reforma podem ser encontrados nos estudos de Amarante e Lima (2008).

No desenrolar da História da Reforma Sanitária e das reformas do campo da saúde mental, assim como tem ocorrido com os avanços e conquistas dos movimentos do campo progressista, também há involuções. No cenário atual (segunda década dos anos 2000), é possível notar uma nítida disputa entre a lógica de cuidado defendida pela Reforma Psiquiátrica Brasileira e a crescente lógica manicomial patrocinada pelo *looby* dos empresários e instituições religiosas vinculadas às comunidades terapêuticas. Os palcos destas intensas disputas são diversos, contudo, o principal cenário ocorre na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

A construção da RAPS, segundo Brasil (2013), foi orientada para fortalecimento dos serviços substitutivos desde sua concepção e mantém forte instrumentalidade progressista em seu arcabouço de intervenção, como a proposta do matriciamento, de acordo com Campos e Domitti (2007); da elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares – PTS, segundo Oliveira (2010); e busca de estruturação de cuidado orientado pela Clínica Ampliada, de acordo com Brasil (2004).

No entanto, com o lançamento do Programa “CRACK – é Possível Vencer”⁵ nos idos de 2012 e 2013 e de outras iniciativas do

⁵ **Programa Crack, é Possível Vencer:** O programa Crack, é possível vencer é um programa coordenado pelo Ministério da Justiça que desenvolve, em parceria com outros ministérios, uma ação integrada que envolve três frentes de atuação: prevenção, cuidado e autoridade. Dentro desses três aspectos, o programa integra vários grupos sociais, trabalhando, simultaneamente, na prevenção, no combate, na reabilitação e na reintegração social. O programa é um amplo trabalho realizado pelos ministérios da

Governo Federal do Brasil, houve uma histórica cisão no acúmulo que vinha sendo desenvolvido no curso da Reforma Brasileira. Nos termos do programa acima referido, abriu-se espaço para financiamento de comunidades terapêuticas cujas propostas transitam entre internação compulsória, imposição religiosa e medicalização como base de tratamento, além de tais instituições estarem com larga ficha de denúncias junto ao Ministério Público a respeito de violações de Direitos Humanos. Nota-se um momento preocupante e de extrema contradição no caminhar da reforma brasileira.

Estas disputas dentro da estruturação dos modelos de atenção à saúde também é debate e pauta permanente no campo da Atenção Primária à Saúde. No Brasil, existe um histórico largo desde meados da década de 1990 para estruturação da proposta do Programa Saúde da Família (PSF) e depois a concepção da Estratégia Saúde da Família (ESF) enquanto uma aposta na permanência articulada desta proposta no Sistema Único de Saúde. Contudo, em diversos contextos nacionais, dos quais o estado do Ceará não é exceção, existe um *looby*, analogamente crescente ao *looby* de desmonte da saúde mental acima citado, também no campo da APS. Propostas de APS seletiva, bem como de fortalecimento do Pronto Atendimento, até então não cogitadas pela Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (2011), voltam à agenda política em diversos estados e municípios com o discurso de “avanço e eficiência” no atendimento à população.

Em relação aos aspectos históricos e conjunturais, permeados entre avanços e retrocessos, tanto o campo da Saúde Mental quanto o campo da Atenção Primária à Saúde seguem em disputa e faz-se necessário manter atenção crítica a este sinuoso debate.

Justiça, da Saúde e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, da Educação e da Secretaria de Direitos Humanos, visando a oferecer aos grupos de risco irrestrito apoio em todas as suas necessidades, contribuindo, desta forma, para a redução dos índices de consumo de drogas (BRASIL, 2015).

Por uma Saúde Mental emancipatória...

A partir dessas reflexões, qual a nossa postura ética diante do grupo no qual estamos inseridos? Como pensar uma saúde mental transformadora? Reconhecemos na história da luta antimanicomial brasileira um desejo de mudança radical dos hospícios por espaços mais humanizados. Fomos além, ao vislumbrarmos uma política territorializada e interdisciplinar, na qual a doença mental estaria posta entre parênteses com vistas a considerar o sujeito em toda sua dimensão. Então por que permanecemos em alguns espaços engatinhando, em outros retrocedendo e ainda em outros com ações transformadoras, de fato? Todos que trabalham com a saúde mental já escutaram falas de usuários como: “eu peguei depressão...”, “sou assim porque sou bipolar...” etc., assim como presenciamos o modo naturalizado de alguns profissionais ao identificar as pessoas que acompanham nos serviços, ao se referirem a elas por seus diagnósticos, por exemplo, “a *border*” (fazendo referência ao diagnóstico de Transtorno de Personalidade *Borderline*).

Marcuse (1964, p. 46) escreveu que “toda libertação depende da consciência da servidão e o despertar dessa consciência se vê impedido pela prevalência de necessidades e satisfações que, em grande medida, tornaram-se próprias do indivíduo”. Assim, de que forma os profissionais diretamente envolvidos nesse cuidado, sem uma análise crítica cotidiana de suas ações, contribuem para a permanência da lógica manicomial, algumas vezes respaldados por uma saber técnico-científico? “É preciso parar para pensar... e depois fazer!”, conforme lembraram Lima, Ciampa e Almeida (2009).

É necessário refletir o dia a dia permanentemente. Para tanto, apostamos na potência dos encontros para viabilizar importantes discussões dos atores envolvidos, profissionais, usuários e familiares dos serviços, entre outros. E temos algo que nos respalde nessa direção. O Ministério da Saúde, através da Portaria nº 1.174, de 07 de julho de 2005, instituiu um incentivo financeiro emergencial para o Programa de Qualificação dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, estabelecendo várias ações, dentre elas a supervisão clínico-institucional.

O portal do Ministério da Saúde, ao descrever “o ofício da supervisão e sua importância para a rede de saúde mental do SUS”, enumerou, inclusive, em sete tópicos, orientações essenciais para o exercício desta prática. O objetivo é fortalecer e concretizar a Política Nacional da Saúde Mental (PNSM), articulando os conceitos operativos de rede e território, em consonância com os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica. Chamamos “supervisão”, mas outras nomenclaturas podem servir como sinônimos à supervisão: “Rodas de Conversa”, “Educação permanente”, por exemplo. O que conclamamos é um espaço coletivo de reflexões, pois como aposta Melman (2003) ao responder sua própria pergunta: “[...] onde está nossa potência? No coletivo!” (MELMAN, 2003, p. 45). O autor prossegue afirmando que nossa potência está na “consciência de que compartilhamos um sonho: transformar essa sociedade (sem manicômios!)” (MELMAN, 2003, p. 45).

Nesta perspectiva, Figueiredo (2008) aposta na “supervisão” enquanto instrumento de formação permanente. No entanto, o supervisor não é portador do saber, como aquele que ensina, nem do controle, como aquele que fiscaliza, mas do manejo da clínica e dos impasses que existem no trabalho. E, “sua força transformadora e impulsionadora vai contra a inércia e o automatismo que podem se instalar a qualquer momento”. Ana Pitta (2006) propõe que a supervisão aconteça com a presença de um (a) supervisor (a) externo que acompanhe a equipe, para “trabalhar o trabalho” e o cotidiano das equipes.

A partir da discussão de casos ou de uma situação de crise, ou ainda, o debruçar-se sobre qualquer situação adversa ou não, para que se desenvolva uma cultura de compartilhamento e construção de novas soluções para dilemas clínicos e/ou institucionais. E, “por serem discutidos coletivamente, formará e informará a toda a rede que se estabelece na equipe, numa espiral crescente de conhecimento e experiência compartilhada”. Ferreira e Goyatá (2010) trazem uma importante contribuição, pressupondo que a supervisão clínico-institucional não é um instrumento estático, com direção determinada, mas, estando em intensa mutação, busca reinventar um saber sobre o necessário e problemático laço entre a clínica e a política, que requer constante debate e uma escuta atenta por parte do supervisor.

As considerações acima sobre o fazer supervisão nos direcionam a um caminho importante frente à precariedade das condições dadas. Não como um instrumento mágico e estático, como já dito; tampouco caberia ao supervisor fornecer respostas sobre como fazer o trabalho no CAPS. Porém, cabe a tarefa de inquietar a equipe! Não para causar uma angústia paralisante, mas um incômodo produtor. A supervisão, o espaço coletivo de produção clínica-institucional, não se propõe desatar os nós aos quais o cotidiano do serviço se amarra, mas pretende refletir em como desfazer os nós, e, para isso, é necessário perceber quais são impasses, entraves e amarrações. É mister ampliar as discussões para fora do serviço, compreender os contextos nos quais estamos inseridos, analisar as condições sócio-histórico-culturais às quais os fenômenos estão submetidos.

Para Figueiredo (2008), perceber e enfrentar as demandas como um trabalho coletivo exige dos profissionais um olhar ampliado sobre o mesmo fenômeno. Retira-nos de um lugar cômodo de saber *a priori* e nos convoca à construção de novos olhares e práticas. Como a autora sinaliza, propicia a definição do espaço de cada trabalhador na equipe, mantendo sua especificidade, porém quebrando a rigidez das especialidades. Convoca os trabalhadores a responsabilidades pelo fazer clínico mais do que pelos saberes em jogo. Construir coletivamente o cuidado de um caso clínico permite avançar no trabalho em equipe, reduzir conflitos e recuperar a potência de transformação. Afinal:

Todos estamos verdadeiramente no mesmo barco, ninguém está sozinho. A qualidade de vida de cada pessoa depende de um conjunto complexo de fatores que influenciam a todos. Precisamos multiplicar as experiências que se propõem a enfrentar os processos de homogeneização e controle social, colocando-nos para além de todas as formações e modos de dominação subjetivos. Experiências com qualidade e força necessárias para instituir o novo, aquilo que está por vir (MELMAN, 2003, p. 48).

Os espaços coletivos de enfrentamento devem resistir, caso contrário, seremos sugados pelo sistema de dominação totalitário. Reflitamos nosso cotidiano, nossa luta é permanente, o homem é movimento, como bem assinalou Lane (1989). As forças de dominação e

alienação são sedutoras quando nos oferecem respostas rápidas para todas as mazelas, com diagnósticos e medicações cada vez mais mágicas. No entanto, nosso compromisso é com o sujeito que padece de sofrimento e nos solicita o trabalho clínico e de cuidado.

Considerações finais

Pelos elementos apresentados e discutidos neste texto, resta evidente que o campo das políticas sociais, principalmente o campo das políticas públicas, vive em estado de permanente disputa técnica, ética e ideológica. As diversas propostas de Reforma Psiquiátrica, os diversos modelos de construção de Atenção Primária são exemplos concretos da disputa de narrativas e de espaços de poder nas políticas de saúde no Brasil e no mundo.

Os dados históricos são cristalinos no sentido de demonstrar que há oscilações entre as diversas propostas implementadas em cada tempo histórico na política pública de saúde mental. No Brasil e no estado do Ceará, conviveu-se e ainda se convive com avanços e retrocessos no cotidiano dos serviços, nas ações desempenhadas e nas justificativas para elaboração do cuidado dos sujeitos e coletividades.

É importante salientar que, apesar dos retrocessos percebidos na articulação entre saúde mental e atenção primária, há avanços que precisam de articulação e trabalho permanente para a manutenção e aperfeiçoamento da qualidade dos serviços. As reformas (sanitária e psiquiátrica) se remodelam em cada tempo histórico e espera-se que o conjunto de gestores, profissionais e sociedade civil organizada estejam atentos, com pensamento crítico, para que as práticas manicomial sejam eliminadas da estrutura e da cultura de saúde.

Referências

ACIOLY, Y. A. *Reforma psiquiátrica: com a palavra, os usuários*. 2006. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Sociedade) - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2006.

AMARANTE, P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. São Paulo: FIOCRUZ, 1995.

AMARANTE, P.; LIMA, R. (Org.). *Loucos pela diversidade: da diversidade da loucura à identidade da cultura*. Relatório final. Rio de Janeiro: [s.n.], 2008.

AMARANTE, P.; NUNES, M. de O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, 2018.

AMARANTE, P.; TORRE, E. H. G. Loucura e diversidade cultural: inovação e ruptura nas experiências de arte e cultura da Reforma Psiquiátrica e do campo da Saúde Mental no Brasil. *Interface*, Botucatu, v. 21, n. 63, p.763-774, 2017.

ANDRADE, O. M de; BARRETO, I. C. de H. C. Da reflexão crítica no movimento estudantil à participação na construção da estratégia saúde da família In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Memórias da saúde da família no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BIRMAN, J. *A psiquiatria como discurso da moralidade*. Rio de Janeiro: Graal. Bogochvol, 1978.

BRASIL. Ministério da Justiça. *Programa Crack, é Possível Vencer*. Brasília: Governo Federal, 2015. Disponível em: <http://www.justica.gov.br/sua-seguranca/seguranca-publica/programas-1/crack-e-possivel-vencer>. Acesso em: 04 de julho de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental. *Cadernos de Atenção Básica*, n. 34. Brasília: 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAMPOS, G. W. de S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar

em saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

CIAMPA, A. da C.; ARDANS, O.; SATOW, S. Parar para pensar... e depois fazer. *Psicologia & Sociedade*, v. 8, n. 1, p. 3-15, jan./jun. 1996.

DANTAS, J. B.; SÁ, R. N. de; CARRETEIRO, T. C. A patologização da angústia no mundo contemporâneo. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 61, n. 2, 2009.

DIMENSTEIN, M. *et al.* O Apoio Matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 63-74, 2009.

FERRAZZA, D. de A.; CRUZ, Murilo Galvão Amancio. A procura da pedra da loucura : apontamentos sobre o processo de biologização da psiquiatria. *Athenea digital: revista de pensamento e investigação social*, v. 18, n. 3, p. 2157, 2018.

FERREIRA, T. A.; GOYATÁ, F. J. dos Reis. *A Supervisão e o Supervisor Clínico-Institucional*. Dos riscos presentes e das possibilidades. 2010.

FIGUEIREDO, A. C. Duas ou três coisas que aprendemos sobre a função da supervisão na atenção psicossocial, em 12 anos de CAPS na cidade do Rio de Janeiro. *Revista da Escola de Saúde Mental*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, 2008.

FOUCAULT, M. *História da loucura na idade clássica*. 9. ed. São Paulo de Janeiro: Perspectiva, 2010.

FRANCO, R. J. O modelo luso de assistência e a dinâmica das Santas Casas de Misericórdia na América portuguesa. *Estud. hist.* Rio Janeiro. v. 27, n. 53, p. 5-25, 2014.

KINOSHITA, R. T. *Autopoiese e Reforma Psiquiátrica*. São Paulo: Hucitec, 2016.

LANE, S. T. M. A Psicologia Social e uma nova concepção do homem para a Psicologia. In: LANE, S. T. M.; CODO, W. (Org.). *Psicologia Social: O homem em movimento*. 8. ed. São Paulo: Brasiliense. 1989. p. 10-19.

LIMA, A. F. (Org.). (Re)*Pensando a Saúde Mental e os processos de desinstitucionalização: histórias, intervenções e desafios ético-políticos*. Curitiba: Appris, 2018.

LIMA, A. F. *Metamorfose, anamorfose e reconhecimento perverso: a identidade na perspectiva da Psicologia Social Crítica*. São Paulo: FAPESP, Educ, 2010.

LIMA, A. F.; CIAMPA, A. da C.; ALMEIDA, J. A. M. Psicologia Social como Psicologia Política? A Proposta de Psicologia Social Crítica de Sílvia Lane. *Revista Psicologia Política*, São Paulo, v. 9, n. 18, p. 223-236, 2009.

MARCUSE, H. *O homem unidimensional: Estudos da Ideologia da Sociedade Industrial*. São Paulo: Edipro, 1964.

MELMAN, J. *Por uma sociedade sem manicômios: um convite à invenção*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2003.

HOSPITAL de Saúde Mental de Messejana é o melhor do Brasil, aponta pesquisa. *Fortaleza. O Povo*, Fortaleza 02 abr. 2015. Caderno Fortaleza. Disponível em: <http://www.opovo.com.br/app/fortaleza/2015/04/02/noticiafortaleza,3417045/hospital-de-saude-mental-de-messejana-e-o-melhor-do-brasil.shtml>. Acesso em: 14 jun. 2016.

OLIVEIRA, G. N. de. O projeto terapêutico singular. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

PEIXOTO, L. A. da S. *Marcuse: cultura, ideologia e emancipação no capitalismo tardio*. Juiz de Fora: UFJF, 2010. Disponível em: <file:///C:/Users/RAQUEL/Downloads/Marcuse-%20cultura,%20ideologia%20e%20emancipa%C3%A7%C3%A3o%20no%20capitalismo%20tardio.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2016.

PITTA, A. M. F. *Redes, territórios, intersetorialidade e Saúde Mental*. Abrasco, 2006.

PONTES, M. V. A. *Damião Ximenes Lopes: a “condenação da saúde mental” brasileira na corte interamericana de direitos humanos e sua re-*

lação com os rumos da reforma psiquiátrica. 2015. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2015.

SÁ, R. A. R.; BARROS, M. M. M. de; COSTA, M. S. A. Saúde mental em Sobral-ce: atenção com humanização e inclusão social. *Sanare*, Sobral, v. 6, n. 2, p. 26-33, jul./dez. 2005/2007.

SCHECHTMAN, A; ALVES, D. S. A organização da política de saúde mental. In: JORGE, M. A. S; CARVALHO, M. C. de A; SILVA, P. R. F. da (Org.). *Políticas e cuidado em saúde mental: contribuições para a prática profissional*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014.

SHERER SAKAGUCHI, D.; MARCOLAN, J. A história desvelada no Juquery: assistência psiquiátrica intramuros na ditadura cívico-militar. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 29, n. 4, p.476-481, 2016. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307048514016>. Acesso em: 10 jun 2019.

TENORIO, F. *A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

YASUI, S. *Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira*. 2006. 208f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2006.

FERRAMENTAS DE ABORDAGEM FAMILIAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Um projeto de intervenção

*Antônia Norma Teclane Marques Lima
Hipácia Fayame Clares Alves
Jéssica Pinheiro Carnaúba
Renata de Sousa Alves*

Introdução

O modelo brasileiro de atenção à saúde caracteriza-se pela conjugação de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, organizando-se de forma regionalizada e hierarquizada. Sua principal porta de entrada é a Atenção Primária à Saúde (APS), que deve ser a ordenadora da rede de atenção, preferencialmente por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) (REIS; SCHERER; CARCERERI, 2015).

A APS é compreendida como uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os demais níveis do sistema de saúde. É a atenção que organiza e racionaliza o uso de recursos básicos e especializados, direcionados para a promoção, prevenção, cura e reabilitação, para maximizar a saúde (JESUS; ENGSTROM; BRANDÃO, 2015).

O modelo da ESF traz como diretrizes a integralidade e a equidade da atenção, a coordenação e a longitudinalidade do cuidado das

famílias e das pessoas sob sua responsabilidade. A organização do trabalho das equipes deve estar centrada nas necessidades dos usuários e na busca contínua de melhoria da qualidade dos serviços ofertados à população (DIAS *et al.*, 2014).

Abordar adequadamente as famílias, configura-se como um elemento de gestão do cuidado em Atenção Domiciliar (AD), além de consistir em uma importante prática diagnóstica e terapêutica. A abordagem das famílias em domicílio permite entender as possíveis disfunções que podem afetar o bem-estar biopsicossocial dos familiares (BRASIL, 2013).

A instituição familiar vem se modificando com o tempo, sendo a base de formação do ser humano, transmitindo os valores morais e sociais que servirão de alicerce no processo de socialização. Nesse sentido, a partir das novas exigências contemporâneas e das mudanças culturais, nos hábitos e costumes de vida, foram surgindo novos enredos familiares. A família teve que se adequar às novas exigências que foram surgindo, com várias mudanças na cultura, nos costumes, hábitos, e na evolução dos tipos de relacionamentos (SANTANA, 2015).

Em acordo com o princípio de equidade, a ESF precisa priorizar a atenção às famílias de maior vulnerabilidade biológica e social. Assim, o planejamento da assistência deve ser centrado nas necessidades da comunidade, residente no território de abrangência da unidade, e seus objetivos devem se aproximar ao máximo das singularidades locais, com estudo do risco familiar (MELO *et al.*, 2013).

Ainda segundo Melo *et al.* (2013), ao longo do ciclo de vida, a família precisa de inúmeros ajustes para lidar com os problemas que surgem para cumprir o seu papel de construção de sujeitos livres e autônomos. O foco na família, que é uma instância intermediária entre o indivíduo e a comunidade, deverá ser o horizonte a ser buscado nas estratégias de saúde da APS.

A focalização na família é um dos três atributos derivados da APS e este impõe considerar a família como o sujeito da atenção, o que exige interação da equipe de saúde com essa unidade social e o conhecimento integral de seus problemas de saúde e das formas singulares de abordagem familiar (BRASIL, 2015).

A abordagem familiar é considerada uma importante estratégia de cuidado utilizada na APS. É essencial para o conhecimento da estrutura da família, identificação de fragilidades e limitações, bem como é útil para entender como se organiza diante do enfrentamento de problemas, enfermidades e situações de difícil manejo (DIAS; LOPES, 2015).

Assim, é papel da ESF compreender como se organizam, bem como qual a tipologia das famílias de sua população adscrita e, assim, realizar ações melhor direcionadas, que priorizem as famílias com maiores necessidades. Também se torna essencial que os profissionais se apropriem das ferramentas de abordagem familiar para a assistência integral dos indivíduos, além de ser necessário repensar as concepções e práticas assistenciais, buscando o atendimento às reais necessidades de saúde da população (DUTRA *et al.*, 2012).

A integralidade é uma maneira de expandir o olhar dos profissionais para além da lógica da intervenção pura, visando alcançar o que se compreende como cuidar, no âmbito da construção dos serviços de saúde (CARNUT, 2017).

A gestão do cuidado integral objetiva assegurar o princípio da integralidade através da gestão de Redes de Atenção à Saúde (RAS). Para garantir esse cuidado à população, precisa-se responder a um conjunto de problemas de saúde, cujo enfrentamento transcende a capacidade de um único serviço e, assim, requer descentralização e organização regionalizada e hierarquizada dos serviços de saúde (MACHADO *et al.*, 2014).

Dessa forma, a coordenação pela APS requer definição do itinerário do usuário ao longo da RAS com base na avaliação da equipe de saúde da família, fluxos instituídos e a inter-relação entre os níveis de atenção, possibilitando a construção de planos de cuidado pelas equipes (SANTOS; GIOVANELLA, 2016).

No contexto da APS e da diversidade de famílias e pessoas vivendo as mais diversas situações, surgem casos de difícil manejo por parte da equipe; casos que, muitas vezes, requerem conhecimento ampliado e trabalho cooperativo por vários pontos da RAS (PORTO; BISPO JÚNIOR; LIMA, 2014).

Diante da complexidade que envolve as relações familiares, das situações de risco presentes no cotidiano dos usuários e das dificuldades

existentes por parte dos profissionais em efetivar os princípios da integralidade e equidade no contexto da APS, alguns questionamentos se impõem. Como as ferramentas de abordagem familiar podem auxiliar a resolução de casos de exploração sexual no contexto de uma APS? O uso das ferramentas de abordagem familiar é capaz de favorecer a construção de um projeto de intervenção frente às necessidades da família?

Nesse sentido, o presente estudo aponta para a utilização das ferramentas de abordagem familiar: Genograma, Ecomapa, Ciclo de Vida Familiar, FIRO e PRACTICE, diante da situação de exploração sexual, com suas repercussões no sistema familiar, a partir da aplicação desses instrumentos na realidade de uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Ainda expõe a importância da construção de um projeto de intervenção, bem como sua elaboração, quando do diagnóstico de famílias em condições de vulnerabilidade.

Entender e mensurar as consequências da exploração sexual de crianças e de adolescentes constitui-se em uma tarefa complexa, tendo em vista a escassez na literatura de pesquisas longitudinais que proponham acompanhar as vítimas por longos períodos. Além disso, o conhecimento desse tipo de violência se baseia, em grande parte, em relatos de usuários de forma isolada que procuram assistência profissional (FLORENTINO, 2015).

Além disso, os programas de graduação e educação permanente exibem lacunas diante das demandas e das necessidades relacionadas ao enfrentamento da exploração sexual e de seu manejo. Apesar de ser reconhecida a necessidade de capacitação de profissionais e de gestores em relação à condução dos casos de violências sexuais contra crianças e adolescentes, esse processo não exhibe continuidade, havendo a necessidade de investimentos, além da necessidade da construção de planos de capacitação profissional (DESLANDES *et al.*, 2015).

Métodos

Trata-se da construção de um projeto de intervenção desenvolvido na disciplina de Atenção Integral à Saúde da Família, do Mestrado

Profissional em Saúde da Família (MPSF) da Universidade Federal do Ceará (UFC).

A proposta do módulo de Atenção Integral à Saúde da Família tratava-se de uma prática na comunidade, utilizando ferramentas de abordagem familiar, devendo ser realizada no lócus de atuação dos mestrandos.

Um desses locais, a UBS Zona Rural Pedro Aires (Carnaúba), localizada na cidade de Mombaça, município brasileiro do estado do Ceará, com população estimada de 44.060 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2018), localizado na zona fisiográfica do Sertão Central.

A UBS Pedro Aires (Carnaúba) apresenta aproximadamente 820 famílias adscritas, sendo em sua maioria lavradores vivendo da agricultura familiar. A equipe é formada por uma enfermeira, uma médica, uma técnica de enfermagem, uma recepcionista, uma cirurgiã-dentista, uma auxiliar de saúde bucal, uma atendente de farmácia, uma auxiliar de serviços gerais, um motorista, um vigilante e nove agentes comunitários de saúde (ACS).

Para a elaboração do projeto de intervenção, foram seguidas as etapas de diagnóstico situacional, revisão bibliográfica e elaboração do plano de intervenção. O diagnóstico situacional foi realizado através de uma roda de conversa com a equipe da referida UBS, com o objetivo de identificar os casos mais complexos e que apresentassem situações de maior vulnerabilidade dentro do território, além de gerar uma reflexão sobre as condutas elaboradas para a condução do caso.

Nesse sentido, inicialmente elencou-se o caso de uma gestante, identificado a partir das consultas de pré-natal na UBS, em virtude do risco gestacional, das fragilidades encontradas, da resistência ao comparecimento e aos encaminhamentos realizados na RAS, bem como da situação de pobreza da família. Contudo, durante as visitas domiciliares e com a utilização das ferramentas, foi identificada a situação de exploração sexual de uma das filhas adolescentes da gestante, sendo esta considerada caso índice da intervenção.

Foram realizadas cinco visitas domiciliares pela equipe, com o médico, a enfermeira e uma agente comunitária de saúde, a fim de iden-

tificar as mudanças no comportamento e organização dos papéis dentro do sistema familiar, além de notar as reais necessidades e outras questões que pudessem passar despercebidas. Para essa identificação da dinâmica familiar, foram elaborados: o Genograma, o Ecomapa, o Ciclo de Vida Familiar, o FIRO e o PRACTICE.

Em seguida, buscaram-se na literatura, ações e estratégias que pudessem auxiliar na compreensão do caso, bem como os cuidados e organização dentro da RAS, que pudessem auxiliar e cooperar com a resolução do caso. Além disso, foram pensadas ações a serem realizadas junto à equipe da UBS objetivando preparar os profissionais para lidar com casos semelhantes, assim como ações educativas para a prevenção e identificação de casos de exploração sexual.

Posteriormente, elaborou-se o plano de intervenção, voltado para as demandas e necessidades do caso, sendo o estudo realizado durante os meses de maio e junho de 2018.

Resultados e discussão

Ferramentas de Abordagem Familiar

Genograma

O genograma consiste em um diagrama que possibilita observar a estrutura interna da família, para que os membros compreendam aspectos relacionados ao desenvolvimento de suas patologias. Permite obter informações qualitativas sobre as dimensões da dinâmica familiar, como processos de comunicação, relações estabelecidas e equilíbrio/desequilíbrio familiar, estando frequentemente associado ao Ecomapa (FIGUEIREDO; MARTINS, 2010).

As informações contidas no genograma permitem obter parâmetros familiares e perceber as relações entre as gerações, desencadeando possíveis intervenções com a família. Além disso, compreender a história do usuário e seu contexto familiar favorece a construção de vínculo e confiança com a equipe da ESF, auxiliando inclusive a adesão às terapêuticas e cuidados estabelecidos (BORGES; COSTA; FARIA, 2015).

O aparecimento de doenças em um indivíduo pode gerar a paralisção da dinâmica das relações intrafamiliares. Desse modo, a assistência deve levar em consideração as fragilidades e fortalezas das famílias, a fim de reconhecer suas capacidades de enfrentamento, além de direcionar a conduta das equipes (LEONIDAS; SANTOS, 2015).

Para o caso em estudo, o genograma foi decisivo para entender como se configuravam os padrões familiares. O desenho gráfico das relações existentes permitiu identificar, de maneira rápida e visual, a quantidade de irmãos da adolescente, o vínculo e a história de separação recente de seus pais associado à ocorrência da gestação por um caso extraconjugal.

Através desse entendimento, começou-se a compreender, com um melhor olhar, as problemáticas que a usuária estava enfrentando, bem como a necessidade de apoio social e emocional, além de aumentar o vínculo e a aproximação com a adolescente e seus familiares durante as visitas domiciliares para a construção do caso.

Esse estudo, portanto, corrobora com os resultados do estudo de Borges, Costa e Farias (2015), que desvelou o genograma enquanto ferramenta capaz de reconhecer as necessidades das famílias, permitindo à equipe o agir sobre os contextos identificados, favorecendo a realização de intervenções e de ações preventivas, e ainda verificar as fragilidades familiares de modo a elencar estratégias mais efetivas para agir sobre elas.

Contudo os mesmos autores identificaram que as equipes de Saúde da Família apresentam limitações quanto ao conhecimento dessa ferramenta, havendo dificuldades de correlacionar as necessidades identificadas com as intervenções possíveis (BORGES; COSTA; FARIAS, 2015). Isso demonstra a importância do estudo e a disseminação do conhecimento sobre essa ferramenta nos programas de graduação e pós-graduação dos profissionais que atuam na ESF.

Ecomapa

O ecomapa consiste em uma apresentação gráfica na qual os membros da família são representados no centro do círculo e a comunidade, pessoas e grupos significativos são desenhados nos círculos ex-

ternos. Cada tipo de linha apresenta um determinado significado, representando ligações fortes, frágeis, fluxos de energia, entre outros aspectos (NASCIMENTO; ROCHA; HAYES, 2005).

O ecomapa permite que os profissionais estabeleçam uma visão ampliada sobre a família, retratando os vínculos entre os membros e os sistemas mais amplos. Essa ferramenta articula as circunstâncias ao meio ambiente, apresentando as relações entre os membros da família e os recursos externos e a maneira como auxiliam a resolução e o enfrentamento dos problemas (MELLO *et al.*, 2005).

Nesse sentido, pode-se dizer que o ecomapa é um diagrama do contato da família com o meio externo. Informando a situação geral da família e retratando os vínculos mais relevantes ou aqueles permeados por conflitos entre a família e a sociedade que a cerca (BRASIL, 2006).

A partir dessa ferramenta, pode-se perceber, no caso em estudo, a presença de vínculo fragilizado da adolescente com seu pai e a UBS, vínculo moderado com a escola e nenhum vínculo com Igrejas e outras instituições de suporte social. A partir do desenho gráfico dessas relações, pôde-se visualizar quais vínculos necessitavam ser fortalecidos, além da questão do suporte social, dado principalmente em relação à situação de pobreza da família.

Ciclo de Vida Familiar

Essa ferramenta classifica a história familiar nos prováveis estágios de desenvolvimento, sendo que cada estágio apresenta especificações, associando o estresse com a execução ou não das tarefas presentes em cada estágio (SILVA; SANTOS, 2003).

O ciclo de vida familiar é uma ferramenta que divide a família em etapas de desenvolvimento, distinguindo papéis específicos a cada estágio. A compreensão do ciclo e da maneira como interfere no processo saúde-doença auxilia as ações de saúde. Podendo ser dividido nos seguintes estágios: início de vida a dois, família com filhos pequenos, com crianças pré-escolares, com crianças em idade escolar, com adolescentes, casais de meia idade e famílias envelhecendo (DITTERICH; GABARDO; MOYSÉS, 2009).

Permite compreender a fase de vida atual da família, observando o impacto à saúde de seus membros, os desafios a serem superados em um determinado momento da vida, instrumentalizando a equipe e a família para o enfrentamento de situações previsíveis (DUTRA *et al.*, 2012).

Famílias no estágio de crianças pequenas necessitam lidar com o nascimento de uma criança, o que define novos papéis na família, com arranjos de quem cuidará da criança. Nesse sentido, devem ser providenciados cuidados adequados especialmente quando os filhos mais velhos se tornam cuidadores dos mais novos (CHAPADEIRO; ANDRADE; ARAÚJO, 2011). Estágio esse observado no presente estudo, o que faz com que os papéis, muitas vezes, sejam excessivos, indo além do preparo psicológico da idade.

No caso em análise, também se observa o estágio de famílias com filhos adolescentes, quando ocorrem as mudanças físicas e o crescimento nem sempre é acompanhado do amadurecimento psicológico, trazendo alterações no bem-estar emocional. Chapadeiro, Andrade e Araújo (2011) ratificam o exposto, e afirmam que é nessa fase que surge o interesse pela sexualidade, com a atividade sexual do adolescente cada vez mais precoce. Sendo também a época de construção da personalidade, na qual os adultos e outros jovens se tornam modelos de identificação.

FIRO

No modelo FIRO (*Fundamental Interpersonal Relations Orientations*) as relações de família podem ser categorizadas nas dimensões de inclusão, controle e intimidade, constituindo uma sequência lógica de prioridades para o tratamento e desenvolvimento de mudanças na família (ALVES *et al.*, 2015).

Trata-se da investigação de três dimensões em uma sequência lógica de prioridades para o tratamento: inclusão, controle e intimidade. A *inclusão* permite conhecer o relacionamento na família, sua organização no enfrentamento das situações de estresse, e a interação e participação de cada um dos seus membros; *controle*: mostra como é exer-

cido o poder na família; *intimidade* destaca como os membros da família compartilham os sentimentos entre si (CHAPADEIRO; ANDRADE; ARAÚJO, 2011).

Essa ferramenta permitiu avaliar os sentimentos dos membros da família em estudo, a vivência das relações no cotidiano, contribuindo para conhecimento dos profissionais sobre os problemas prioritários dentro desse núcleo familiar.

PRACTICE

É geralmente utilizado com o objetivo de organizar as informações adquiridas da família, com vistas a facilitar o desenvolvimento da avaliação familiar, podendo ser usado para itens de ordem médica, comportamental e de relacionamentos (SILVA; SANTOS, 2003).

O PRACTICE facilita a avaliação familiar e auxilia as intervenções, com foco na resolução de problemas. Cada letra do acróstico corresponde a um tema a ser investigado e registrado: *problem* (problema apresentado); *roles and structure* (papéis e estrutura dos membros familiares); *affect* (afeto, como a família se comporta diante de um determinado problema); *communication* (tipo de comunicação); *time in life* (tempo no ciclo de vida); *illness in family past and presente* (doenças na família); *coping with stress* (lidar com estresse); *environment/ecology* (meio ambiente, recursos que a família possui para enfrentar o problema apresentado) (DITTERICH; GABARDO; MOYSÉS, 2009).

Essa ferramenta colaborou com a elaboração de avaliação do caso em estudo e com a construção do plano de intervenção, através dos dados colhidos da família. Seu uso foi importante por se tratar de um caso complexo, com várias visitas para construção de soluções para resolução do problema apresentado, juntamente com os familiares.

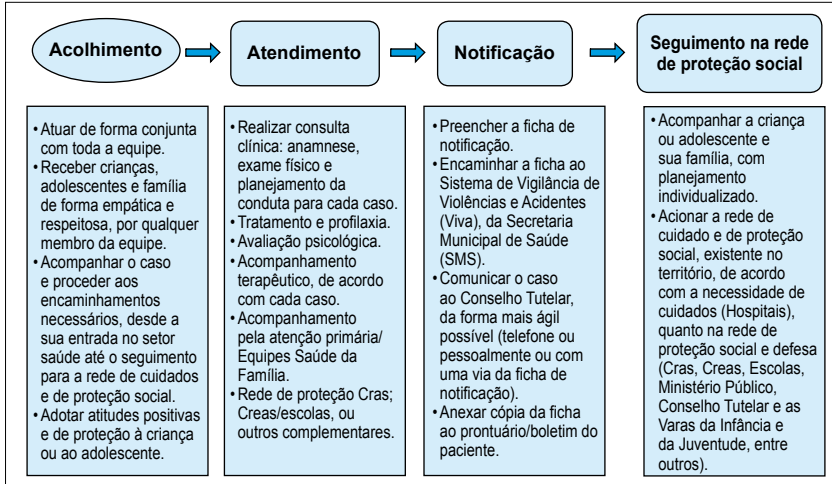
Construção do Plano de Cuidado Integral

1) Linha de cuidado/itinerário terapêutico

A linha de cuidado para o problema sugerido consiste na atenção integral à criança e adolescente vítima de exploração sexual, a partir

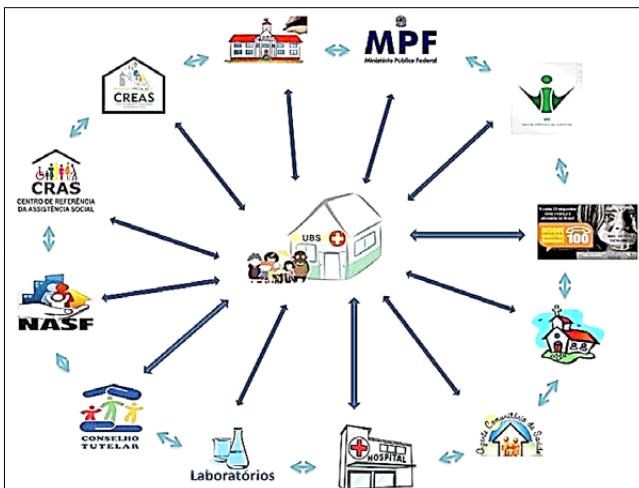
da rede de assistência à saúde dialogando com a rede intersetorial (Figuras 1 e 2).

Figura 1 - Linha de Cuidado para a atenção integral à saúde da criança, adolescente e suas famílias em situação de exploração sexual, UBS Carnaúba, Mombaça - CE, 2018



Fonte: Adaptado de Brasil (2010).

Figura 2 - Rede intersetorial dialogando com a saúde no território, UBS Carnaúba, Mombaça - CE, 2018



Fonte: elaborada pelas autoras, 2018.

A Figura 1 traz a linha de cuidado, apresentando os fluxos assistenciais. Assim, parte-se do acolhimento como primeiro passo com escuta ativa, sem julgamentos, censuras ou acusações, visando estabelecer uma relação de confiança entre os profissionais e toda a família. Faz-se necessária uma postura empática, na tentativa de desenvolver uma compreensão do contexto da situação de violência que atinge a família, bem como as possíveis consequências físicas e emocionais para seus integrantes.

É relevante valorizar o relato da família e das adolescentes. Vale ressaltar a importância da equipe multidisciplinar para auxílio do caso, com apoio da psicóloga do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), por exemplo, além dos demais membros da equipe.

Outro fator importante consiste na capacitação da equipe para atender esse tipo de caso, mostrando uma postura acolhedora e fortalecedora de vínculos, como porta de entrada aberta e facilitação dos atendimentos em caso de qualquer necessidade. São consensos fundamentais a serem estabelecidos segundo Brasil (2010): “ética, privacidade, confidencialidade e sigilo, especialmente quando da confirmação da violência sexual”.

O segundo passo consiste no atendimento, durante o qual é importante a detecção precoce e o tratamento de qualquer doença instalada, além da prevenção e profilaxia de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e outras alterações, inclusive as psicológicas e relacionadas ao sofrimento mental.

O profissional nunca deve agir sozinho, devendo ocorrer o acionamento da rede de cuidado e de proteção social no território. É necessário, também, estabelecer um plano de atenção, com o correto preenchimento de um prontuário único pelos diferentes profissionais envolvidos no atendimento (BRASIL, 2010).

Desde o início é importante a participação de um suporte psicológico para entender a gravidade da situação. Entre os principais fatores para avaliar a gravidade da suspeita ou confirmação de um caso de violência sexual estão: características da agressão, estado geral, perfil dos autores da violência e perfil familiar (BRASIL, 2010).

Vale ressaltar que, segundo investigações junto à comunidade e relatos das ACS, as relações sexuais das adolescentes ocorreram com o

consentimento das mesmas e com a ciência da mãe, com diversos indivíduos do sexo masculino e maiores de idade, cujo objetivo centra-se na obtenção de recursos financeiros, dada a situação de extrema pobreza na qual a família se encontra.

No atendimento clínico é importante realizar anamnese e exame físico, em uma conduta singularizada, respeitando a autonomia dos indivíduos, solicitar exames laboratoriais (VDRL ou RPR, Anti-HIV, HBsAg, Anti-HCV, Transaminases e Hemograma), além de realizar testes-rápidos para gravidez, HIV, sífilis e hepatites. Também é mister checar a situação vacinal, realizando em caso de necessidade e profilaxias (BRASIL, 2010). É importante agir também com condutas de promoção da saúde e prevenção de agravos, enfatizando o uso de preservativos, a importância do sexo seguro, o uso de contracepção oral ou injetável (a critério médico); oferecer a realização do exame ginecológico para detecção de IST, sinais de violência e outras alterações. Nesse contexto também deve haver a avaliação psicológica, que pode ser realizada pela psicóloga do NASF, além do envolvimento da rede de atenção social.

O terceiro passo da linha de cuidado consiste na notificação, com o preenchimento da ficha de notificação e encaminhamento ao Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). O caso deve também ser comunicado ao Conselho Tutelar, de forma mais ágil possível (via telefone, pessoalmente ou através da via da ficha de notificação). Ficando uma cópia da ficha de notificação anexada ao prontuário da usuária (BRASIL, 2010). Outros canais de comunicação sobre violência são: o Disque 100 (Disque Denúncia Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes), através do *e-mail* disquedenuncia@sedh.gov.br e o Disque 180 (Centro de Atendimento à Mulher).

Cabe salientar que a notificação aos órgãos competentes é dever profissional, em caso de suspeita de violência sexual, amparado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em seus artigos 13 e 245. Quando a suspeita ou o caso de violência contra a criança ou adolescente é confirmada, a notificação é obrigatória, devendo ser realizada em três vias, sem prejuízo de outras providências legais, segundo a Portaria nº 1.968/2001 (BRASIL, 2001).

Como último passo descrito na linha de cuidados, dá-se seguimento na rede de cuidados e proteção social. Nesse momento são estabelecidos fluxos internos de atendimento, os encaminhamentos necessários, agendamentos e realização de interconsultas, estabelecendo uma frequência para retornos. Ainda são importantes: agendamento de visitas domiciliares; realização e avaliação dos resultados de exames complementares; reuniões intersetoriais e da equipe de saúde, com a finalidade de avaliar a evolução e o prognóstico clínico e social do caso; seguimento às consultas psicológicas com apoio do NASF; além de ser necessário acompanhamento constante, para que se possa garantir eficácia nas ações de proteção, de cuidados e de prevenção.

Desta forma, é importante o seguimento das usuárias em ações de proteção social básica que deve ser desenvolvido nos CRAS, como o Programa de Atenção Integral às Famílias (PAIF), entre outras ações. Os CREAS devem prestar serviços continuados às famílias onde há violação de direitos, devendo promover a integração, recursos e outros meios necessários. O Conselho Tutelar deve zelar para que os serviços públicos nas áreas de saúde, educação, serviço social, previdência, trabalho e emprego, cumpram suas funções para garantir o efetivo dos direitos de crianças e adolescentes.

E a comunidade escolar também deve participar desse processo, almejando a proteção das adolescentes e, sobretudo, como um espaço de prevenção e de promoção da cultura de paz; ressaltando-se o quão fundamental é o acompanhamento desse seguimento das usuárias pela ESF, em uma atitude de corresponsabilização e vínculo.

2) Objetivos do Projeto de Intervenção

- Realizar a construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS);
- Capacitar a equipe para acolhimento de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual;
- Traçar estratégias e uma linha de cuidados para o enfrentamento das situações de exploração sexual;
- Garantir a promoção da saúde e redução de danos à família do caso em estudo.

3) Ações a serem desenvolvidas/estratégias metodológicas

Quadro 1 - Estratégias metodológicas a serem desenvolvidas, de acordo com as ações propostas, com respectivas metas e avaliação do projeto de intervenção na UBS Carnaúba, Mombaça-CE, 2018

Ações	Estratégias Metodológicas	Metas	Avaliação
Capacitação da equipe	Promover rodas de gestão; oficinas de acolhimento; círculo de cultura. Instituir protocolos, processos e rotinas para casos de exploração sexual de crianças e adolescentes.	Equipe capacitada em relação ao manejo de casos de exploração sexual infantil e outras violências.	Conversas com a equipe; acompanhamento da família.
Acolhimento	Realizar visita domiciliar. Agendar consultas.	A equipe consegue acolher e manter vínculo com a família.	Reuniões de equipe e intersetoriais.
Acompanhamento	Realizar conferência familiar. Agendar consultas. Agendar exames laboratoriais. Atualizar caderneta vacinal. Agendar visitas domiciliares e atendimentos subsequentes.	A equipe consegue realizar o acompanhamento do caso. A família comparece aos atendimentos.	Prontuário e discussão de caso.
Notificação	Preencher ficha de notificação. Notificar Conselho Tutelar.	O caso é acompanhado pelo Conselho Tutelar e demais órgãos de proteção social.	Reuniões Intersetoriais.
Seguimento na Rede de Proteção Social	Acompanhar o caso. Verificar se a família está comparecendo aos atendimentos e às outras condutas propostas.	A família é acompanhada pelo CRAS, CREAS, NASF e Escola.	Acompanhamento do caso.
Ações de prevenção à situação de exploração sexual e de outras violências a crianças e adolescentes	Realizar salas de espera com a temática de prevenção à situação de exploração sexual. Fixar cartazes na UBS e em outros pontos de atenção à saúde. Realizar palestras nas escolas e junto a associação de moradores, sindicatos e Conselho Municipal de Saúde.	A comunidade compreende as situações de violência e sabe o que deve fazer nesses casos.	Comunicação com a comunidade.

Fonte: elaborada pelos autores, 2018.

Considerações finais

Pode-se concluir que, para a APS exercer seu papel de organizadora da RAS, é necessário o conhecimento integral das famílias de cada território e, então intervir de maneira a contemplar as vulnerabilidades existentes, tornando a focalização da família uma ação rotineira na prática das equipes da Estratégia Saúde da Família. Para tanto, é importante a utilização de ferramentas que possam abordar de maneira mais global a problematização.

Frequentemente na ESF ocorrem casos que necessitam de atenção especial, tendo em vista que no SUS trabalha-se na perspectiva da equidade. Nesse sentido, foram utilizadas nesta intervenção as ferramentas: Genograma, Ecomapa, FIRO, Ciclo de Vida Familiar e PRACTICE, as quais permitiram detectar a exploração sexual, sendo este o problema mais evidente e relevante para intervir na referida família.

Destaca-se também que a utilização das ferramentas abordadas trouxe uma nova perspectiva em relação ao caso. Através delas foi possível adentrar mais profundamente nas problemáticas encontradas, nas relações e vínculos familiares; e oferecer aporte social, além de destacar os possíveis estresses enfrentados em relação à fase do ciclo de vida. Tais ferramentas permitiram um olhar ampliado da situação, enfatizando os aspectos biopsicossociais, além de permitir identificar possíveis intervenções necessárias para a atenção à saúde da família.

Evidencia-se a visita domiciliar como substancial estratégia para o cuidado e acompanhamento dos usuários, onde se pode perceber o contexto de vida no qual estes estão inseridos, os riscos, vínculos familiares e vulnerabilidades, além de permitir o cuidado para com os demais membros da família. Ressalta-se a presença do ACS como fundamental na condução das VD, por ser o elo entre a ESF e os usuários.

A construção de um projeto de intervenção para o caso apresentou-se como estratégia fundamental para contemplar de forma generalizada as fragilidades daquela família e fortalecer o papel da ESF dentro da RAS, além de integrar todos os equipamentos necessários. Analisando assim, vê-se que a integralidade é uma resposta essencial para lidar com demandas vulneráveis dentro das famílias.

Portanto, a existência de vínculo com a ESF apresenta grande relevância. Quando esse processo é consistente, mesmo o paciente referenciado para outros pontos da RAS, ele permanece em acompanhamento pela sua unidade de origem, o que é essencial para a condução adequada do caso. A ESF deve ser verdadeiramente a porta de entrada e a condutora de todo o cuidado de seus usuários.

Referências

ALVES, A. P. *et al.* Ferramentas de abordagem familiar na Estratégia Saúde da Família: relato de caso da Equipe Vila Greyce em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *EFDeportes Revista Digital*, Buenos Aires, v. 19, n. 202, mar. 2015.

BORGES, C. D.; COSTA, M; M.; FARIA, J. G. Genograma e atenção básica à saúde: em busca da integralidade. *Revista Psicologia e Saúde*, v. 7, n. 2, p. 133-41, jul./dez. 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde*. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília. CONASS, 2015. 127p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 1.968/2001*. Dispõe sobre a obrigatoriedade de notificação obrigatória de suspeita ou confirmação de maus-tratos cometidos contra crianças e adolescentes aos Conselhos Tutelares. Brasília: MS; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Caderno de atenção domiciliar*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. v. 2.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas fami-*

lias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

CARNUT, L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. Rio de Janeiro, *Saúde Debate*, v. 41, n. 115, p. 1177-86, out./dez. 2017.

CHAPADEIRO, C. A.; ANDRADE, H. Y. S. O.; ARAÚJO, M. R. N. *A família como foco da atenção primária à saúde.* Belo Horizonte: Nescon. UFMG, 2011.

DESLANDES, S. *et al.* Capacitação profissional para o enfrentamento às violências sexuais contra crianças e adolescentes em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 31, n. 2, fev. 2015.

DIAS, L. C., LOPES, J. M. C. *Abordagem familiar na atenção domiciliar.* Porto Alegre: UFSC, 2015.

DIAS, M. S. A. *et al.* Intersetorialidade e Estratégia Saúde da Família: tudo ou quase nada a ver? *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 19, n. 11, p. 4371-82. 2014.

DITTERICH, R. G., GABARDO, M. C. L., MOYSÉS, S. J. As Ferramentas de Trabalho com Famílias Utilizadas pelas Equipes de Saúde da Família de Curitiba, PR. *Saúde Soc.* São Paulo, v. 18, n. 3, p. 515-24. 2009.

DUTRA, E. M. *et al.* Atenção integral aplicada à família: relato de experiência. *Sanare*, Sobral, v. 11. n.1 , p. 55-59, jan./jun., 2012.

FIGUEIREDO, M. H. J. S., MARTINS, M. M. F. S. Avaliação familiar: do Modelo Calgary de Avaliação da Família aos focos da prática de enfermagem. *Cienc. Cuid. Saúde*, v. 9, n. 3, p. 552-9. 2010.

FLORENTINO, B. R. B. As possíveis consequências do abuso sexual praticado contra crianças e adolescentes. *Fractal: Revista de Psicologia*, v. 27, n. 2, p. 139-44, maio/ago. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo Demográfico 2018.* Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ce/mombaca.html>. Acesso em: 14 jul. 2019.

JESUS, R. L.; ENGSTROM, E; BRANDÃO, A. L. A expansão da Estratégia Saúde da Família no Rio de Janeiro, 2009-2012: estudo de caso numa área da cidade. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 37, p. 1-11, out./dez. 2015.

LEONIDAS, C.; SANTOS, M. A. Relações familiares nos transtornos alimentares: o Genograma como instrumento de investigação. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 5, p. 1435-47, 2015.

MACHADO, C. V. *et al.* Federalismo e política de saúde: comissões intergovernamentais no Brasil. *Rev. Saúde Pública*, v. 48, p. 642-50. 2014.

MELLO, D. F. *et al.* Genograma e Ecomapa: possibilidades de utilização na Estratégia de Saúde da Família. *Rev. Bras. Cresc. Desenv. Hum.*, v. 15, n. 1, p. 79-89. 2005.

MELO, R. H. V. *et al.* Análise de risco familiar na Estratégia Saúde da Família: uma vivência compartilhada entre preceptores, discentes e agentes comunitários de saúde. *R-BITS On-Line*, p. 58-71, 2013.

NASCIMENTO, L. C.; ROCHA, S. M. M.; HAYES, V. E. Contribuições do genograma e do ecomapa para o estudo de famílias em enfermagem pediátrica. *Texto Contexto Enferm.*, v. 14, n. 2, p. 280-6, abr./jun. 2005.

PORTO, R. T. S.; BISPO JÚNIOR, J. P.; LIMA, E. C. Violência doméstica e sexual no âmbito da Estratégia de Saúde da Família: atuação profissional e barreiras para o enfrentamento. *Physis*, v. 24, n. 3, jul./set. 2014.

REIS, W. G.; SCHERER, M. D. A.; CARCERERI, D. L. O trabalho do Cirurgião-Dentista na Atenção Primária à Saúde: entre o prescrito e o real. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 56-64, jan./mar. 2015.

SANTANA, L. V. M. O. R. *A família na atualidade: novo conceito de família, novas formações e o papel do IBDFAM (Instituto Brasileiro de Direito de Família)*. 2015, 21 f. Monografia (Bacharelado em Direito) - Direito da Universidade Tiradentes, Aracaju, 2015.

SANTOS, A. M., GIOVANELLA, L. Gestão do cuidado integral: estudo de caso em região de saúde da Bahia, Brasil. Rio de Janeiro, *Cad. Saúde Pública*, v. 32, n. 3, mar. 2016.

SILVA, J. V.; SANTOS, S. M. R. Trabalhando com Famílias Utilizando Ferramentas. *Revista APS*, v. 6, n. 2, p.77-86, jul./dez. 2003.

INDICADORES DE SAÚDE DA MULHER DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CE

*Andrea Gomes Linard
Emanuella Carneiro Melo
Valter Cordeiro Barbosa Filho*

Introdução

Da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) por ocasião do advento da Constituição de 1988, diversas iniciativas são instituídas e implementadas na busca de aprofundar as interfaces relacionadas à melhoria de acesso à saúde e de redução das constantes desigualdades na utilização dos serviços de saúde. Destaca-se a iniciativa do Ministério da Saúde (MS), em 1994, quando implantou o Programa Saúde da Família (PSF) vislumbrando a superação do modelo vigente de assistência à saúde, responsável pela ineficiência do setor, insatisfação da população e iniquidades (COSTA, 2008). Atualmente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), o PSF deixou de ser programa desde 2006, quando o governo emitiu a Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, tornando-o estratégia permanente na Atenção Primária à Saúde (APS) (DALPIAZ; STEDILE, 2011).

Considerando as inúmeras áreas de atuação da ESF, destaca-se como uma das prioritárias a Atenção Integral à Saúde da Mulher, a qual

oferece a este público específicas ações voltadas para o planejamento familiar, pré-natal, puerpério, prevenção do câncer de colo de útero e mama, prevenção dos problemas odontológicos em gestantes, dentre outros procedimentos em prol da qualidade de vida desta parcela da população.

A assistência à saúde feminina, ao longo dos anos, foi implementada por intermédio da evolução de diversas políticas e programas desenhados pelo MS, vislumbrando melhorias em seu contexto. Em particular, no ano de 2011, a portaria Nº 1.459, o MS lança a Rede Cegonha (RC) como estratégia de enfrentamento da mortalidade materna, da violência obstétrica e da baixa qualidade da rede de atenção ao parto e nascimento, desenvolvendo ações para ampliação e qualificação do acesso ao planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e puerpério (GIONANNI, 2013).

Ressalta-se que, apesar de todas as políticas e programas direcionados à área da Saúde da Mulher, taxas de mortalidade materna insatisfatórias, inaceitáveis e por vezes assustadoras, ainda são registradas. O estado do Ceará (2016), por exemplo, apresenta as causas obstétricas diretas como as principais causas de óbitos maternos no ciclo gravídico-puerperal no estado, nos anos de 2011 a 2015. Em 2015, a Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) foi a principal causa de morte materna com 51,4%, seguida das síndromes hemorrágicas com 13,5% de óbitos, inércia uterina com 10,8% e aborto com 5,4%, totalizando 81,1% do total dos óbitos por causas diretas. Em um aspecto singular, Fortaleza, entre 2014 e 2015, conforme os dados mais recentes da Secretaria Municipal da Saúde, apresentou a redução na razão de mortalidade materna de 64,4 óbitos a cada mil nascidos vivos para 31,4. A redução fez com que a cidade superasse a meta estabelecida pela Organização Mundial da Saúde nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, que previam a melhoria da saúde das gestantes até 2015 e o alcance, em todo o Brasil, de taxas de óbitos maternos iguais ou menores que 35 mortes a cada mil nascidos vivos (PORTAL ODM, 2016).

Em algumas situações, a mortalidade materna poderia ser evitada com a detecção precoce de alterações que se manifestam ainda no período gestacional, mediante a adoção de ações voltadas para a educação permanente dos profissionais de saúde, bem como ampliação do acesso à assistência pré-natal de qualidade.

No entanto, a ESF, no que tange ao cuidado à mulher, necessita incorporar e fortalecer o aprimoramento do processo de monitoramento e avaliação, por meio do uso de indicadores, visando à maior qualificação deste cuidado (ARAÚJO; RÊGO; ARAÚJO, 2014).

Como uma ferramenta de avaliação para as equipes da Atenção Primária à Saúde, o MS criou em 2011, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ. Para o PMAQ, o desempenho das equipes da ESF é baseado em indicadores, e a área da saúde da mulher foi uma das seis áreas estratégicas trabalhadas pelo programa durante o 2º ciclo de avaliação, sendo contemplada com sete indicadores específicos: seis de desempenho e um de monitoramento, todos alinhados à RC, programa estratégico do MS (BRASIL, 2013).

Com isso, configura-se a necessidade de investigar os indicadores relacionados à atenção pré-natal, apresentados pelas equipes da ESF. Isso pode contribuir para direcionar a formulação de estratégias que melhorem a qualidade do pré-natal, traduzindo-se em uma potente ferramenta para a gestão municipal, uma vez que esses indicadores foram estabelecidos a partir dos dados produzidos pelas próprias equipes da ESF do município. Nessa conjuntura, espera-se que os dados deste estudo possibilitem intervenções e decisões políticas voltadas à área da Saúde da mulher, além de subsidiar processos de autoavaliação para as equipes da ESF. Desse modo será possível aprimorar continuamente suas ações visando sempre à melhoria da qualidade do serviço ofertado, bem como à conquista de melhores condições de trabalho junto à gestão, beneficiando diretamente a população por ela assistida.

Nesse sentido, o estudo tem por objetivo descrever os indicadores de Saúde da Mulher relacionados ao desempenho, ao monitoramento e às características das Unidades de Atenção Primária à Saúde de Fortaleza.

Métodos

Trata-se de um estudo de análise de dados secundários, descritivo, de abordagem quantitativa, desenvolvido no município de

Fortaleza. A capital está dividida em seis Secretarias Regionais (SR): SR I: 378.694 habitantes, 15 bairros e 12 Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS); SR II: 378.171 habitantes, 19 bairros e 11 UAPS; SR III: 375.199 habitantes, 17 bairros e 16 UAPS; SR IV: 273.764 habitantes, 19 bairros e 14 UAPS; SR V: 563.513 habitantes, 18 bairros e 20 UAPS; SR VI: 563.141 habitantes, 27 bairros e 20 UAPS.

Em conformidade com os registros do atesto de outubro de 2015, o município possuía na época 93 unidades de saúde e nestas, 344 equipes da ESF. Adotando este quantitativo de equipes, estimou-se ser necessário avaliar um total de 182, a fim de obter uma amostra das ESFs que representasse, com 95% de confiança, a cidade de Fortaleza. Dos dados produzidos pelas equipes da ESF, foram considerados somente os correspondentes às microáreas cobertas por Agente Comunitário de Saúde.

Visando alcançar o quantitativo de 182 equipes de saúde, realizou-se um sorteio de duas ESFs por UAPS. No final, foram considerados os dados de 184 ESFs, pois em algumas unidades existia apenas uma equipe da ESF.

O instrumento utilizado como guia para a coleta de dados deste estudo foi o documento do 2º Ciclo do PMAQ, já validado nacionalmente, e que define os indicadores relacionados à área da Saúde da Mulher considerados pelo Ministério da Saúde. Para o cálculo dos indicadores, foram utilizados os registros do Relatório de Produção e Marcadores para Avaliação (PMA2), do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB (dados secundários) alimentados pelas equipes das ESF, relacionados aos atendimentos da área saúde da mulher (BRASIL, 2003).

No entanto, dois indicadores foram descartados do estudo, pois os dados necessários para seus respectivos cálculos não estavam disponíveis por equipe no SIAB. A razão disso é que a forma mais detalhada dos dados no referido sistema estava por bairro, ou seja, a menor variável espacial encontrada foi bairro, no entanto o objetivo do estudo é trabalhar com equipes.

Os indicadores calculados foram: média pré-natal por gestantes cadastradas, porcentagem de ESF com gestantes em pré-natal no 1º tri-

mestre, porcentagem de ESF com gestante em pré-natal em dia, porcentagem de ESF com gestantes com vacina em dia e porcentagem de ESF com gestantes acompanhadas em visita domiciliar. O último indicador representa o monitoramento da ESF sobre a Saúde da Mulher, enquanto os outros quatro são indicadores de desempenho.

Foram avaliados somente os dados do SIAB referentes às competências do ano de 2014 e dos primeiros cinco meses de 2015 (janeiro, fevereiro, março, abril e maio). A opção por esse período deu-se pelo interesse em se trabalhar com os dados mais recentes do SIAB. Foram considerados todos os meses de 2014, o que traz maior significância para o estudo. Com relação ao ano de 2015, o período escolhido foi até o mês de maio, pois a partir do dia primeiro de junho, no município de Fortaleza, somente equipes de 18 UAPS continuaram enviando seus dados de produção pelo SAIB. Portanto, as outras 75 unidades, por já utilizarem o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) contratado pelo próprio município, exportaram os dados de suas produções somente pelo e-SUS, o que não agregaria valor ao nosso estudo que visa trabalhar somente com os dados do SIAB. Portanto, os indicadores foram calculados para cada um dos 17 meses, e o valor médio desse período foi considerado para representar cada ESF.

As variáveis descritivas sobre as características das UAPS foram avaliadas a partir documento de Atesto, disponibilizado pela Célula da Atenção Primária de Fortaleza, referente a outubro de 2015, acerca das UAPS e de suas referidas equipes.

Os dados quantitativos foram submetidos ao teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov, expressos em forma de média e desvio-padrão e analisados por meio do teste de Mann-Whitney e/ou Kruskal/Wallis. Dados não paramétricos foram utilizados para comparar os valores médios dos indicadores de Saúde da Mulher entre as regiões administrativas de Fortaleza. Todas as análises foram realizadas no software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 17.0 para Windows, considerando um nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

A pesquisa seguiu as recomendações da Resolução n°. 466 de 12 de dezembro de 2012, sendo apreciada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia

Afro-Brasileira (UNILAB) obtendo parecer favorável à execução sob o nº 1.521.568.

Resultados e discussão

Apresentamos as características das Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) e das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Fortaleza, bem como os indicadores da área da Saúde da Mulher definidos para este estudo e a correlação destes com determinadas variáveis, conforme pode ser visto no Quadro 1.

Os dados foram descritos inicialmente por Secretaria Regional (SR) com ênfase em cada UAPS e, em seguida, nas equipes da ESF.

Valorizando-se o período da coleta de dados do estudo, é oportuno considerar como UAPS reformada e inaugurada e UAPS com implantação do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) todas as unidades que tiveram as datas destes eventos concluídos até o mês de maio de 2015.

Quadro 1 – Características das Unidades de Atenção Primária por Secretarias Regionais de Fortaleza

Nº	SR	Nº de equipes ESF	Nº de equipes EACS	Nº de UAPS	UAPS reformada	UAPS com PEP implantado
1	I	58	8	12	8	10
2	II	28	18	11	9	10
3	III	53	19	16	7	15
4	IV	43	1	13	7	7
5	V	75	14	20	9	13
6	VI	87	22	21	16	19
TOTAL		344	82	93	56	74

Fonte: Atesto 2015/ CEAPS 2016. ESF: Estratégia Saúde da Família; EACS: Equipe de Agentes Comunitário de Saúde; UAPS: Unidade de Atenção Primária à Saúde; PEP: Prontuário Eletrônico do Paciente.

Observa-se que do total de 93 UAPS, 56 (60,2%) foram reformadas e 74 (79,5%) possuem prontuário eletrônico implantado.

A Tabela 1 informa que das 184 equipes da ESF que compõem a amostra, apenas 30,4% participaram do 2º Ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e 60,3% pertencem à UAPS que foi reformada e inaugurada até maio de 2015. Ainda referente a essa tabela, identificamos que a maioria das equipes do estudo, 79,3%, foi contemplada com a implantação do PEP até maio de 2015; que mais da metade das equipes, 56,5 %, pertence à UAPS composta por quatro ou mais equipes; e que somente 35,3% das equipes da ESF possuem equipe de Saúde Bucal (SB) em sua composição.

Tabela 1 – Características das equipes da ESF do Município de Fortaleza, Nordeste de Brasil (2014 -2015)

	n	%
Regional		
SR1	24	13,0
SR2	21	11,4
SR3	31	16,8
SR4	26	14,1
SR5	40	21,7
SR6	42	22,8
Participação no 2º Ciclo PMAQ		
Não	128	69,6
Sim	56	30,4
Unidade reformada		
Não	73	39,7
Sim	111	60,3
Unidade com PEP		
Não	38	20,7
Sim	146	79,3
Número de equipe ESF na UAPS		
1	1	,5
2	22	12,0
3	57	31,0
4 ou mais	104	56,5
Característica da equipe ESF		
Sem SB	119	64,7
Com SB	65	35,3

Dados expressos em forma de frequência absoluta e percentual. Fonte: Atesto 2015/ CEAPS 2016. SR: Secretaria Regional; PMAQ: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica; PEP: Prontuário Eletrônico do Paciente; ESF: Estratégia Saúde da Família; UAPS: Unidade de Atenção Primária à Saúde; SB: Saúde Bucal.

A Tabela 2 apresenta a média de cada indicador de Saúde da Mulher por área administrativa (Secretaria Regional) de Fortaleza. É possível observar que os valores das médias por indicadores, referentes a cada Secretaria Regional, apresentam pequenas variações, quando comparados entre si. Porém, somente o indicador “porcentagem de equipes da ESF com gestantes acompanhadas por meio de visita domiciliar” foi estatisticamente inferior na Secretaria Regional 6, em comparação às demais Secretarias Regionais ($p < 0,05$).

Tabela 2 – Média e desvio padrão dos indicadores da área de Saúde da Mulher das equipes da ESF do Município de Fortaleza, Nordeste de Brasil (2014 -2015)

	TOTAL	SR1	SR2	SR3	SR4	SR5	SR6	p-Valor
Média pré-natal por gestantes cadastradas	1,74± 1,15	1,18± 0,60	1,97± 1,80	1,46± 0,75	2,08± 1,62	1,76± 1,18	1,91± 1,19	0,085
Porcentagem de equipes com gestantes em pré-natal no 1º trimestre	77,23± 14,94	75,73± 15,87	74,11± 14,91	82,77± 9,90	82,65± 11,54	74,00± 17,11	76,53± 14,83	0,088
Porcentagem de equipes com gestante em pré-natal em dia	87,61± 8,71	88,11± 6,44	88,91± 6,55	90,84± 6,93	89,00± 7,53	84,66± 11,59	86,33± 8,29	0,099
Porcentagem de equipes com gestantes com vacina em dia	89,53± 8,62	90,48± 6,01	91,49± 5,44	92,18± 6,39	91,40± 6,95	85,81± 12,27	89,44± 8,22	0,244
Porcentagem de equipes com gestantes acompanhadas em VD	95,15± 13,13	96,25± 3,81	95,78± 3,60	97,24± 2,71	100,34± 28,97	93,13± 11,01	92,29± 6,95*	0,014

* $p < 0,05$ versus demais regionais, Teste Kruskal-Wallis/Mann-Whitney. Dados expressos sob a forma de média ± desvio padrão. Fonte: SIAB 2014/2015. SR: Secretaria Regional; VD: Visita Domiciliar.

A análise dos indicadores da área de Saúde da Mulher por equipe da ESF, expressos em forma de frequência absoluta e percentual pode ser verificada na Tabela 3. Observou-se que, de um total de 182 equipes da ESF avaliadas, 87, 9% das equipes de ESF apresentavam gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal. Nenhuma das equipes da ESF teve todas as gestantes acompanhadas com o pré-natal iniciado no 1º trimestre. Apenas 1,1% das equipes da ESF possuía todas as gestantes com pré-natal em dia, enquanto que somente 3,9% apresentavam todas as gestantes com vacina em dia. Por fim, destaca-se que 11,7% das equipes da ESF apresentavam todas as gestantes recebendo este tipo de acompanhamento através da visita domiciliar pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS).

Tabela 3 – Frequência absoluta e percentual dos indicadores da área de Saúde da Mulher de equipes da ESF do Município de Fortaleza, Nordeste de Brasil (2014 -2015)

Indicadores de Saúde da Mulher	n. de equipes da ESF	%
Pré-natal por gestantes cadastradas		
Menor que 7	23	12,6
Maior ou igual a 7	159	87,4
Porcentagem de gestantes em pré-natal no 1º trimestre		
Menor que 100%	181	100,0
100%	0	0,0
Porcentagem de gestante com pré-natal em dia		
Menor que 100%	179	98,9
100%	2	1,1
Porcentagem de gestantes com vacina em dia		
Menor que 100%	173	96,1
100%	7	3,9
Porcentagem de gestantes acompanhadas em visitas domiciliares		
Menor que 100%	158	88,3
100%	21	11,7

Dados expressos em forma de frequência absoluta e percentual.

Fonte: SIAB 2014/2015. ESF: estratégia Saúde da Família.

Na pesquisa, buscou-se analisar a assistência prestada à área da saúde da mulher pelas equipes da Estratégia Saúde da Família de

Fortaleza, por meio da descrição das características das Unidades de Atenção Primária à Saúde e dos indicadores de Saúde da Mulher. Contudo, é reconhecido que é preciso garantir os recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal (BRASIL, 2012). Por isso, algumas questões sobre a estrutura das UAPS e das equipes da ESF podem ser destacadas.

A maioria das equipes da ESF do município de Fortaleza é constituinte de UAPS reformadas e dispõem do PEP. O PEP propicia melhor condição de trabalho aos profissionais, uma vez que melhora a eficiência do atendimento, gera economia de recursos financeiros e permite o aperfeiçoamento do processo de tomada de decisões. Segundo Tambelli e Nunes (2013), existe satisfação por parte dos profissionais que trabalham com prontuário eletrônico, pois consideram que esta ferramenta contribui para sua prática diária.

Gonçalves *et al.* (2013) corroboram com os autores anteriores quando argumentam que o prontuário eletrônico permite um atendimento mais seguro e eficiente, além de possibilitar o resgate de registros anteriores, importante para visualizar os encaminhamentos já realizados ao usuário, para outros pontos da Rede de Atenção à Saúde. Os autores enfatizam que o prontuário eletrônico facilita a integração da equipe de saúde, pois funciona como instrumento de intercomunicação, permitindo a coordenação do cuidado. Na área da pesquisa é campo fértil para diversos dados estatísticos de incidências e prevalências, de morbidade e mortalidade.

Foi evidenciado que a minoria das equipes da ESF possuía equipes de Saúde Bucal em sua composição, dado que compromete a qualidade da assistência prestada à usuária que busca esse tipo de atendimento na UAPS. Além disso, interfere diretamente no atendimento à mulher durante seu período grávido, em que o acompanhamento odontológico é preconizado durante o pré-natal. Casotti (2014) afirma que, durante os dez anos da Política Nacional de Saúde, ocorreu ampliação do número de equipes de SB e dos serviços de média complexidade no país, no entanto os atributos de acesso e integralidade estão aquém do previsto como satisfatório, conforme o que foi apresentado no primeiro ciclo do PMAQ.

Para o MS, de acordo com o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, instituído pela portaria nº 569/2000 em seu anexo A, dentre os princípios gerais e condições para o adequado acompanhamento pré-natal, exige-se que a gestante realize no mínimo seis consultas de acompanhamento pré-natal, intercaladas entre médico e enfermeiro, e que uma aconteça, de preferência, no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre de gestação. Além disso, ressalta que não existe alta de consulta pré-natal.

É oportuno observar que, quando se comparou o resultado do indicador mencionado acima com os dados do Relatório de Gestão de Fortaleza referente ao ano de 2014, no qual se apresenta o indicador proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal, a meta pactuada foi de 60% e o resultado obtido de 51,06%. Para o ano de 2015, a meta pactuada ampliou para 70%, porém o resultado ainda aguarda publicação (FORTALEZA, 2014; SISPACTO, 2015). Importante salientar que o indicador considerado no plano de gestão aqui citado, se restringe às gestações que resultaram num nascido vivo.

Brasil (2012) ainda reafirma que as ações de saúde devem ser direcionadas para contemplar toda a população-alvo adscrita do território de abrangência da unidade de saúde, garantindo no mínimo seis consultas de pré-natal e continuidade no acompanhamento e na análise do impacto destas ações sobre a saúde do binômio mãe-filho.

Das equipes da ESF com registros de gestante com início do pré-natal no primeiro trimestre, estas correspondem a 77,23% do total de 184 equipes da ESF. No estudo de Viellas et al. (2014), foi evidenciado que 60,6% iniciaram o pré-natal conforme recomendação da Rede Cegonha, com até 12 semanas de gestação.

Durante a assistência pré-natal, existe uma corresponsabilidade da gestante em seguir todas as orientações recebidas pelos profissionais que realizam seu acompanhamento, dentre as quais, a de comparecer a todas as consultas e manter o calendário de vacinas em dia. E aos profissionais, cabe a responsabilidade de realizar todos os procedimentos e as condutas previstas em protocolos e diretrizes clínicas de forma sistemática e contínua, e reavaliar a cada consulta de pré-natal. É relevante

a identificação precoce das gestantes, residentes na área de abrangência da unidade, por parte das equipes da ESF e a viabilidade do acesso destas à UAPS, para o início imediato do acompanhamento pré-natal, de forma que aconteça ainda no primeiro trimestre de gestação.

No presente estudo foi apresentado que uma minoria de equipes da ESF possuía todas as suas gestantes com pré-natal em dia (1,1%) e todas as suas gestantes com as vacinas em dia (3,9%). Esse dado vai de encontro ao que o Brasil (2012) recomenda quando expressa que todas as gestantes devem realizar acompanhamento periódico e contínuo, em intervalos preestabelecidos durante toda a gestação, se possível seguindo o cronograma de consultas mensais até 28ª semana, consultas quinzenais da 28ª até a 36ª semanas e consultas semanais da 36ª até a 41ª semana. Afirma ainda que a necessidade de maior frequência de consultas no final da gestação vislumbra a avaliação do risco perinatal e das intercorrências clínico-obstétricas mais comuns nesse trimestre, como trabalho de parto prematuro, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, amniorrexe prematura e óbito fetal.

Outra variável que chama atenção é referente às gestantes acompanhadas por meio de visitas domiciliares, em que apenas 11,7% das equipes da ESF possuem todas as suas gestantes recebendo esse tipo de acompanhamento, embora 95,15% das equipes da ESF possuam gestantes recebendo-o. Conforme Brasil (2012), as visitas domiciliares são atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde, membros das equipes da ESF e principal elo entre comunidade e unidade de saúde. Durante as visitas domiciliares, esse profissional deve identificar gestantes na comunidade e encaminhá-las à UAPS para iniciarem o pré-natal; fazer o acompanhamento de gestantes que estão realizando o pré-natal em outro serviço de saúde, para manter a equipe informada sobre as mesmas; realizar busca ativa das gestantes faltosas; e prestar orientações durante o período gestacional e puerperal tanto para as gestantes como para seus familiares, sobre os cuidados básicos de saúde e nutrição, aleitamento materno e cuidados de higiene e sanitários.

Os resultados desta pesquisa demonstraram a ampliação do acesso ao acompanhamento de pré-natal, porém ainda apresenta incon-

formidades que precisam ser adequadas e superadas definitivamente, as quais podem estar relacionadas à cobertura da ESF no município de Fortaleza, que se apresenta em torno de 50% atualmente (CEAPS, 2016). Uma cobertura inadequada de equipes da ESF, compromete o acesso aos cuidados de saúde pelas mulheres, a realização de busca ativa destas quando necessário e, conseqüentemente, a formação de vínculo destas com o serviço.

O presente estudo foi relevante por obter uma amostra representativa de uma capital do Nordeste do Brasil (a 5ª maior cidade do Brasil em população). Ainda se incluiu um conjunto de diferentes indicadores da Saúde da Mulher por um período importante de tempo (17 meses), o que permitiu uma análise mais robusta dos indicadores de qualidade da Atenção à Saúde da Mulher no município. Uma limitação do estudo foi a ausência de informações no SIAB, o que impossibilitou o cálculo da proporção de gestantes cadastradas pela equipe de atenção básica e da proporção de mulheres com exame citopatológico do colo do útero realizado na faixa etária de 15 anos ou mais. Dessa forma, dois desses indicadores não foram analisados devido à impossibilidade de seus cálculos.

Conclui-se que os indicadores relacionados à área da Saúde da Mulher ainda se mostram aquém do previsto como satisfatório para uma assistência pré-natal de qualidade no âmbito da Atenção Primária de Fortaleza. É relevante mencionar a necessidade de maior empenho em relação ao aumento da cobertura de pré-natal iniciado no primeiro trimestre, da realização do pré-natal em dia, de gestantes com vacinação em dia, do acompanhamento pré-natal por meio de visita domiciliar e de equipes da ESF com equipes de Saúde bucal para que sejam satisfatórias a qualidade e a efetividade dessa assistência. Espera-se que os resultados obtidos neste estudo sejam de grande valia para subsidiar intervenções, de gestão e das equipes da ESF, dirigidas ao aprimoramento da qualidade da assistência pré-natal, bem como do aperfeiçoamento e da qualificação dos profissionais que estão diretamente ou indiretamente vinculados à assistência prestada à mulher durante o período gestacional.

Referências

ANVERSA, E. T. R. *et al.* Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, n. 28, p. 789-800, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n4/18.pdf>. Acesso em: 07 out. 2015.

ARAÚJO, D. B.; RÊGO, E. M.; ARAÚJO, D. B. O cuidado à mulher no âmbito da Estratégia de Saúde da Família (ESF). *EF Deportes.com, Revista Digital*, Buenos Aires, v. 18, n. 188, jan. 2014. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd188/o-cuidado-a-mulher-no-esf.htm>. Acesso em: 17 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. *Mais sobre saúde da mulher*. Brasília, 05 set. 2013. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/saude-da-mulher/leia-mais-saude-da-mulher>. Acesso em: 10 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n° 32). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acesso em: 16 jan. 15.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Portaria N° 1.654/GM*, 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Brasília, DF, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html. Acesso em: 25 jan. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Programa Nacional de Melhoria do*

Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo para as equipes de atenção básica (saúde da família, saúde bucal e equipes parametrizadas) e NASF. Versão preliminar. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c. 38p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_instrutivo_PMAQ_AB2013.pdf Acesso em: 17 nov. 2014.

CASOTTI, E. *et al.* Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma análise a partir da Avaliação Externa do PMAQ-AB. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 140-157, out 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0140.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2016.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. *Boletim Epidemiológico: Mortalidade Materna, infantil e fetal*. Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde Núcleo de Vigilância Epidemiológica. Ceará, 22 ago. 2016, 7p. Disponível em: <http://www.saude.ce.gov.br/index.php/boletins>. Acesso em: 24 ago. 16.

COSTA, R. K. S. *et al.* Trabalho em Equipe de Saúde: uma análise contextual. *Ciência, Cuidado e Saúde, Maringá*, out/dez, v. 7, n. 4, 2008. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/download/6670/3920>. Acesso em: 16 dez. 2014.

DALPIAZ, A. K.; STEDILE, N. L. R. Estratégia Saúde da Família: reflexão sobre algumas de suas premissas. *In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS*, 5., 2011, São Luís. *Anais [...]*. São Luís, 2011. Disponível em: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/jornada_eixo_2011/impasses_e_desafios_das_politicas_da_seguridade_social/estrategia_saude_da_familia_reflexao_sobre algumas_de_suas_premissas.pdf. Acesso em: 21 abr. 15.

FAUSTO, M. C. R.; FONSECA, H. M. S. *Rotas da atenção básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ AB*. Rio de Janeiro: Saberes, 2013. Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_432317170.pdf. Acesso em: 27 jul. 2016.

FORTALEZA. *Prefeitura Municipal*. Secretaria Municipal da Saúde. Célula de Atenção Primária à Saúde - CEAPS. Fortaleza, abr. 2015.

FORTALEZA. *Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. Relatório de Gestão do Município de Fortaleza*, 2014. Disponível em: <http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login!consultarRelatorioExterno.action?tipoRelatorio=01&codUf=23&codTpRel=01>. Acesso em: 28 jul. 2016.

GIOVANNI, M. D. Rede Cegonha: da concepção à implantação. 2013. 99 f. Monografia (Especialização em Gestão Pública) - Escola Nacional de Administração Pública, Brasília, 2013. Disponível em: <http://repositorio.enap.gov.br/bitstream/handle/1/410/Miriam%20-%20V.%20Definitiva.pdf?sequence=1>. Acesso em: 4 abr 2015.

GONÇALVES, J. P. P. *et al.* Prontuário Eletrônico: uma ferramenta que pode contribuir para a integração das Redes de Atenção à Saúde. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 43-50, jan./mar. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042013000100006>. Acesso em: 29 jul.16.

MOURA, M. S. *et al.* Saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família em um colegiado gestor regional do estado do Piauí. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 471-480, fev 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000500018>. Acesso em: 31 jul. 2016.

SILVA, E. P. *et al.* Pré-natal na atenção primária do município de João Pessoa-PB: caracterização de serviços e usuárias. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. Recife, v. 13, n. 1, jan./mar. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292013000100004>. Acesso em: 26 jul. 2016.

SISPACTO. *Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores. DATASUS – Departamento de Informática dos SUS*. Fortaleza, 2015. Disponível em: file:///C:/Users/Elis%C3%A2ngela/Desktop/SISPACTO%202015%20relatorio_indicadores.pdf. Acesso em: 25 out 2015.

TAMBELLI, R. A.; NUNES, P. A. L. Pôster. *O Papel do Prontuário Eletrônico na Atenção Primária à Saúde*. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE: acesso com qualidade, 12., Belém. *Anais [...]*. Belém, maio 2013.

Disponível em: <https://www.cmfc.org.br/brasileiro/article/view/1239>.
Acesso em: 29 jul. 2016.

VIELLAS, E. F. *et al.* Assistência Pré-Natal no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00126013>. Acesso em: 09 de ago. 2016. Suplemento.

USO DE MEDICAMENTOS E A MEDICALIZAÇÃO DA VIDA

Uma discussão necessária aos equipamentos da Atenção Básica

Jurema Barros Dantas

*Acusamos os laboratórios pela medicalização da vida.
Mas somos nós que queremos remédios como formas de
controle e poder sobre nós mesmos.*

Contardo Calligaris

Medicalização: fenômeno social como uma possível resposta aos problemas da vida

Os medicamentos de base química assinalaram uma revolução nas atividades de saúde pública e no exercício da medicina, alcançando lugar hegemônico na terapêutica contemporânea. Segundo Nascimento (2003), algumas pesquisas demonstram que o uso de medicamentos ultrapassa as fronteiras de um recurso terapêutico. Os medicamentos aparecem associados a insígnias como felicidade, juventude, beleza e bem-estar.

As grandezas dos aparatos tecnológicos fazem reluzir promessas sedutoras de soluções rápidas para qualquer desconforto físico ou emocional. Festejam-se, cotidianamente, novas descobertas e as possíveis maravilhas advindas da neuroquímica da vida cotidiana. Tudo isso pa-

rece refletir um crescente anseio social por mais saúde, sendo esta entendida como realização absoluta de todos os desejos, ou seja, como algo sempre inalcançável. Aprisionamos subjetividades em ideais de imortalidade e sucesso presentes nas teias tecnológicas, acreditando que nossa saúde e bem-estar são bens preciosos que se encontram em risco, ameaçados pelo jeito de ser e de viver dos nossos tempos.

A subjetividade, segundo Dantas (2014), vem sendo reduzida a uma função biológica que promete descrever os modos de ser e estar no mundo em termos de equilíbrio químico, e o medicamento, neste contexto, se apresenta sob as mais diversas formas e conteúdos enquanto possibilidade concreta de realização dos ideais contemporâneos. O discurso da medicalização parece explicar os modos de subjetividade por substâncias eficientes capazes de atender nossas demandas quase como um ato de milagre. O que produzimos quando lançamos mão desse discurso da medicalização? Esta pergunta se enuncia desde o século passado e se reapresenta hoje como urgência e prioridade no âmbito da saúde pública. O chamado uso racional de medicamentos está entre os objetivos e diretrizes da Política Nacional de Medicamentos e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Esta urgência em rever discursos, práticas e saberes sobre a questão da medicalização e do uso do medicamento vem ganhando expressão ao longo dos últimos anos em todos os níveis de atenção à saúde. Coloca-se em pauta o seguinte ponto: em que medida se trata de um ato terapêutico e necessário aos usuários em termos de qualidade de vida e inclusão social e em que medida se torna um recurso poderoso para homogeneizar, controlar ou estigmatizar?

Nesse sentido, como nos mostra o recente livro do Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos do Ministério da Saúde (2018), faz-se necessário reforçar a importância da oferta de informação sobre medicamentos que seja independente, sem conflitos de interesse e pautada na imparcialidade como base, essencial, para a promoção do uso racional de medicamentos em todas as esferas do governo e da sociedade civil. O Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos (CNPURM) foi instituído, no âmbito do Ministério da Saúde (MS), por meio da Portaria GM/MS n.º

1.555, de 27 de junho de 2007, e redefinido pela Portaria GM/MS n.º 834, de 14 de maio de 2013. Essa legislação pode ser atualmente consultada no anexo XXVIII, título I, Capítulo III, da Portaria de Consolidação n.º 2, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre a consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. O CNPUM possui, sobretudo, caráter consultivo e tem como finalidade principal discutir e propor ações, estratégias e atividades para a promoção do uso racional de medicamentos no âmbito da Política Nacional de Promoção da Saúde.

Acreditamos que esses esforços e essas medidas, ainda que atuais e necessárias, estão profundamente distantes das realidades dos serviços de saúde, onde tanto a procura da população ainda é pelo aspecto curativo e medicamentoso, como também pela lógica biomédica que ainda atravessa o saber/fazer dos profissionais de saúde em seus diferentes equipamentos. A sociedade procura a resposta, a cura imediata, a figura do saber que impõe e traduz a verdade. O profissional de saúde, por vezes, se sente tentado a corresponder a esse lugar, não tendo clareza da proposta multiprofissional e interdisciplinar como normativas das ações em saúde. A educação permanente dos profissionais aos constantes desafios das práticas se torna condição para uma relação mais reflexiva e crítica quanto ao possível uso abusivo de medicamentos.

Mesmo reconhecendo que, em se tratando do âmbito da atenção básica, temos como princípio a promoção à saúde, assistimos na realidade dos serviços a mera procura por renovação de receitas ou a solução imediata de seus problemas com qualquer profissional, sobretudo, o médico, que se proponha a falar desse lugar de verdade absoluta e lei universal sobre o adoecimento e a normalidade. Isso significa que trabalhamos fundamentados em uma proposta ampla de saúde com elementos vocacionados à integralidade, territorialidade e acesso aos serviços, porém ainda marcados por lógicas que capturam os modos de ser e estar na atualidade. Capturam toda e qualquer diferença. E, com isso, parecemos produzir uma existência fragilizada, mergulhada no impessoal, e atravessada por discursos e saberes que dela fazem um sintoma, a existência tornou-se facilmente objeto de medicação, em que as supostas glórias das neurociências prometem decifrar o funcionamento do

cérebro e assim explicar a subjetividade humana. Segundo dados da OMS, é estimado que mais da metade dos medicamentos sejam inadequadamente prescritos, dispensados e/ou vendidos, e que metade dos pacientes os utilizem incorretamente.

Medicalização da vida: uma discussão necessária e pungente

Faz-se necessário deixarmos clara a complexidade do fenômeno da medicalização que não se reduz ao mero uso do medicamento, mas, de acordo com o movimento social *Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade*, o conceito “envolve um tipo de racionalidade determinista que desconsidera a complexidade da vida humana, reduzindo-a a questões de cunho individual, seja em seu aspecto orgânico, psíquico, ou em uma leitura restrita e naturalizada dos aspectos sociais”. Nossas questões existenciais passaram a ser vistas como “sofrimentos” que devem ser aliviados por terapias ou medicamentos. Isto nos leva ao horizonte histórico de nossa época pautado em uma lógica consumista, globalizada e informatizada onde não há espaço para sofrimento, tristeza, imprevisto, morte, doença, enquanto fatores naturais da vida humana. Há espaço para o consumo desmedido, para manutenção das ilusões em busca de felicidade, riqueza, juventude eterna e, se possível fosse, a própria imortalidade.

Seguindo esta lógica, pode-se perceber que outrora o saber médico foi o mais importante dos mecanismos usados para esquadriñar o âmbito social e organizar a população; enquanto, hoje, este saber – estruturado sobre a tecnologia farmacêutica – é um dos principais responsáveis pela possível alienação em que a sociedade contemporânea se encontra imersa. Isso se dá uma vez que, como vimos, tal racionalidade fomenta o consumo de remédios voltado, preponderantemente, para a constante busca de adequação aos padrões mutantes e contraditórios da sociedade de consumo contemporânea.

Quando o maquinismo em questão ameaça falhar ou, então, entra decididamente em pane, os psicofármacos teriam a finalidade de equilibrar e reajustar o sistema em ruptura, pela introdução dos mediadores neuro-

químicos, os únicos capazes, pois, de restaurar a alquimia dos humores perturbados (BIRMAN, 2001, p. 51).

O mercado vende constantemente fórmulas variadas para se evitarem as mínimas possibilidades de sofrermos. As dificuldades em alcançar esse modelo acabam por revelar um estado de angústia que leva muitas pessoas a usar diversos meios para esculpir seus corpos e mentes. A medicina vai aos poucos se tornando mais um bem de consumo, e o vocabulário médico transborda as fronteiras da ciência e da saúde, invadindo nossa linguagem cotidiana. Nesse debate é imperioso apresentar que o uso inadequado ou irracional de medicamentos é também uma das formas de medicalização da vida, utilizado, de forma perversa, como meio para normatizar pessoas. É importante ressaltar que este estudo não aponta uma crítica ao uso do medicamento de forma arbitrária, pois o mesmo é uma tecnologia importante no processo terapêutico de inúmeros tipos de doenças. Porém, este estudo é uma crítica e, sobretudo, uma tentativa de ferramenta reflexiva ao uso indiscriminado e, muitas vezes, desnecessário, de medicamentos os quais perpassam a lógica de um controle sobre a vida e suas singularidades. Este estudo propõe uma reflexão sobre as práticas de cuidado em todos os níveis de atenção, sobretudo, na atenção básica com sua prerrogativa de orientar sobre a prevenção de doenças e estabelecer uma série de ações de promoção à saúde evitando maiores agravos, bem como direcionando, quando necessário, aos níveis de maior complexidade, viabilizando, portanto, uma gestão do cuidado.

Considerando que, na atualidade, a sociedade está sendo incentivada a resolver os problemas sociais utilizando medicamentos com a ajuda das propagandas de medicamentos nos meios de comunicação, disponibilizadas a todo o momento, temos fortalecida a ideia de que utilizar medicamento pode ser sempre bom. Angell (2007) já alertava que a indústria farmacêutica investe mais em marketing do que em pesquisa e desenvolvimento.

Neste sentido, a formação do profissional de saúde orientado pelo uso racional do medicamento, sobretudo na atenção básica enquanto porta de entrada ao Sistema de Serviços em Saúde, colabora

com a construção de saberes e práticas que vão de encontro à noção de que se possa encontrar saúde plena e constante em produtos vendidos em drogarias. Segundo Dantas (2014), há uma efervescência na crença de que a farmacologia, apoiada na química e na biologia, dispõe de pílulas e de métodos capazes de enfrentar, senão todas, a grande maioria das doenças e dos problemas cotidianos, promovendo a saúde e o bem-estar a quem se dispuser (e puder) pagar por suas fórmulas.

Segundo Pechula (2007), tal saber sofre um impulso nas primeiras décadas do século XX, com o advento das descobertas científicas que proporcionaram o desenvolvimento da tecnologia, dando início à chamada “revolução tecnológica”. Contudo, o que a escuta clínica e as ações multiprofissionais apontam é um paradoxo: um gritante contraste entre desenvolvimentos biotecnológicos sem precedentes e a existência de um sentimento crescente de fragilidade e vulnerabilidade da vida. Com maior ou menor intensidade, parecemos acreditar que a revolução tecnológica possibilita amplos avanços nos cuidados à saúde, sendo que este próprio conceito foi mercantilizado e endossado como parâmetro muitas vezes de desigualdades e produção de estigmas.

De acordo Brasil (2018), a ação e intervenção no uso abusivo de substâncias psicotrópicas é de especial atenção para a saúde pública. Os dados do Ministério da Saúde apontam que o Brasil é o terceiro maior consumidor mundial de medicamentos ansiolíticos benzodiazepínicos, o maior consumidor de clonazepam e diazepam e o terceiro maior consumidor de alprazolam. Estes dados corroboram a urgência desta discussão junto aos órgãos competentes e profissionais da rede, haja vista o aumento contínuo e efetivo desses dados ao longo dos anos e as prescrições cada vez mais precoces à população em geral. Vale ressaltar o necessário protagonismo também da Anvisa em tornar os dados sobre os medicamentos transparentes e fiscalizar de forma ativa tanto a produção quanto a comercialização, dispensação e uso dessas substâncias em todos os serviços.

Torna-se evidente, com isso, que a lógica que impera apresenta o medicamento como meio rápido para a resolução de problemas de diversas origens. Percebemos que a cultura da medicalização, em uma sociedade hipermoderna (LIPOVETSKY, 2011) que precisa funcionar de

forma prática e em sua melhor performance, pode favorecer sentimento de impotência, culpa ou até mesmo débito por uma não adequação ou correspondência a um padrão. Este cenário, muitas vezes, pode levar a processos de automedicação ou à própria procura por um atendimento médico e/ou terapêutico por não se sentirem produtivas, belas ou com bem-estar social. As respostas imediatas que cauterizam o sofrimento, a velocidade com que somos impelidos a corresponder papéis e demandas em nossas vidas, a objetificação das relações humanas, a cultura do consumo, a estetização do cotidiano e a valorização do individualismo, são algumas das situações que conferem concretude a esta cultura da medicalização. Com isso, assistimos a um contexto em que o que é considerado normal se transforma em algo patológico. Um contexto de despreocupação da população com os riscos advindos do uso indevido do medicamento ou até mesmo a possível dependência. Este horizonte histórico parece apontar para uma sociedade dominada por uma visão tecnocientífica do mundo que busca, pagando um preço muito alto, legitimar o discurso da ciência, encontrando nele subsídios que revelem os modos de ser e estar adequados ao nosso convívio social.

Enuncia-se, assim, a emergência do investimento em equipes multidisciplinares de saúde que promovam práticas de cuidado assentadas na integralidade do atendimento, priorizando a atenção e a promoção à saúde no território e não somente os aspectos curativos e reabilitativos por meio do tratamento farmacológico. A reflexão sobre o fenômeno da medicalização começa com nossas próprias ações nos diversos equipamentos buscando, sobretudo, a promoção da saúde, de modo a fornecer cuidado integral e multidisciplinar para além da prescrição medicamentosa, considerando o acesso a outras formas de tratamento e ao campo das práticas integrativas do cuidado. Isso passa necessariamente por mudança de formação, de cultura, de hábito, de valores e de crenças no que tange ao próprio conceito de saúde e cuidado. Esperamos que as palavras aqui apresentadas e as inquietações aqui enunciadas possam, obrigatoriamente, estimular um maior debate a respeito do fenômeno da medicalização, visando promover os avanços necessários para a construção de estratégias práticas de desmedicalização e, conseqüentemente, do uso racional do medicamento.

Medicalização e Contemporaneidade: uma discussão que envolve saúde e cuidado

O fenômeno da medicalização na atualidade corrobora com o entendimento prático, rápido e objetivo de que nossas questões existenciais são vistas como “sofrimentos” que devem ser aliviados e curados. A cura das enfermidades ainda está presente em meio aos inúmeros valores que hoje se encontram impregnados nos medicamentos. Os medicamentos curativos são a esperança tanto para a extinção de doenças graves quanto para o alívio de mal-estares passageiros, em ambos os casos, representam a intervenção real e simbólica da ciência sobre o funcionamento orgânico. Na atualidade, quando o indivíduo é completamente responsabilizado por todos os âmbitos de sua vida – suas conquistas, seus sucessos, seus prejuízos, seus problemas, seus fracassos –, também se coloca sob sua responsabilidade estar frequentando o mundo da saúde ou o mundo da doença. Assim, ele assume integralmente a tarefa de definir a si próprio, tornando-se o único responsável por constituir sua personalidade, por alcançar o *status* social que almeja, por ser feliz ou bem-sucedido. Nesse contexto, os sujeitos se tornam “gestores de si” (SIBÍLIA, 2003), uma vez que cada um deve cuidar de si, assumindo a responsabilidade de buscar sozinho as formas de se livrar de eventuais problemas que venham a perturbá-lo. Desta forma, a medicalização se apresenta como um “poderoso” meio de ajudar os indivíduos em suas escolhas privadas e de auxiliar os sujeitos a solucionar seus problemas pessoais.

Assistimos o discurso curativo apresentar os fármacos como promessas milagrosas, comprovadas empiricamente e respaldadas cientificamente. A indústria farmacêutica, em busca do máximo consumo, exalta seus produtos como símbolo das tecnologias de ponta e como fruto de pesquisas científicas feitas nos melhores laboratórios do mundo. Os remédios, curativos (ou não) são apresentados como eficientes, eficazes, seguros e de ação rápida.

Uma possibilidade é que, com o tempo, a pílula acabe se tornando não mais que uma super droga recreativa – “a droga das drogas”. Ela seria

totalmente evitada por alguns; utilizada de forma intermitente, com abusos ocasionais, por muitos; e capaz de escravizar por completo a vida de uma minoria. Ela se tornaria basicamente um atalho inocente para o bem-estar subjetivo (GIANNETTI, 2002, p. 173, grifo do autor).

Assistimos, como nos mostra Dantas (2015), a uma ampliação crescente da intervenção médica no cotidiano da vida das pessoas. A tríade indústria farmacêutica – publicidade – médico parece prescrever, em larga escala, condutas e receitas que devemos seguir a fim de alcançarmos o bem-estar e a aceitação social. Nascimento (2003, p. 33) nos lembra que “o medicamento tende a ser apresentado como solução mágica e seu âmbito de indicação conhece uma expansão sem precedentes, incluindo uma diversidade cada vez maior de problemas”.

Num conjunto de acertos e desacertos o medicamento, produto da tecnologia, torna-se um objeto estranho e multifacetado entre ciência, mercado e sociedade. Todas estas instâncias, frequentemente, são tomadas como entidades fechadas em si mesmas, que se ligam a partir de elementos estáveis e perfeitamente definidos. O mercado, legitimado pela ciência, vende constantemente próteses para se evitem as mínimas possibilidades de sofrermos, vende a quem se dispuser a pagar por suas fórmulas. O desprazer, o incômodo, o cansaço, o mal-estar... enfim, qualquer negação que se interponha a uma vida de infinitos prazeres deve ser rapidamente aniquilada: os indivíduos se tornam cada vez mais intolerantes diante de qualquer ameaça de desconforto. Nesse contexto, os medicamentos são anunciados como mercadorias propiciadoras de prazer, para que os indivíduos possam aproveitar intensamente todos os momentos da vida. Os remédios, no imaginário popular, se tornam subsídios para que os indivíduos possam viver melhor e com prazer todas as situações de seu cotidiano.

Ao pensar as relações entre ciência e medicalização na atualidade, constatamos que um mesmo fio conecta os mais avançados campos da ciência e os mais diversificados consumidores, o alto investimento das indústrias farmacêuticas e a pesquisa para a produção de um determinado medicamento para esta ou aquela mazela da vida conecta o perigo mais global de aprisionar toda existência nas malhas da tecnologia e acabar por construir o imaginário da saúde e da felicidade

vindos das soluções mágicas vendidas em pequenas drágeas diariamente. Não acreditamos numa separação entre natureza e cultura; pelo contrário, o que somos, o que construímos e o que fazemos é uma composição de vozes e discursos; o mundo não é algo empírico apartado de nós, bem como o mundo objetivo e os fatos não se apresentam separados. Somos constituídos e constituídos pelo social enquanto processo que se dá incessantemente num jogo de composição e decomposição implicando numa interação original entre “sujeito” e “objeto”.

Sendo assim, não existe a medicalização enquanto um evento isolado a ser previamente definido; mas, sim, um conjunto de práticas que acabam consolidando o medicamento como uma resolução rápida para todo e qualquer problema da vida na contemporaneidade. Vale mencionar, com relevo, que, ao pesquisar sobre esta temática, deixamos claro que nossa preocupação não se funda na análise daqueles que fabricam, divulgam ou consomem medicamentos isoladamente, mas sim, a contribuição deste escrito se mostra justamente na tentativa de refletir sobre esse jogo de forças, práticas e saberes que se tensionam e constituem modos de subjetivação próprios ao nosso tempo.

Considerações finais

Podemos dizer que tanto a medicalização quanto suas relações com a sociedade são efeitos negociados em rede, nem uma nem outra podem funcionar como fundamento preestabelecido para qualquer estudo – seja ele dito científico ou não. Pensar a medicalização não se esgota no simples reconhecimento do brilhante avanço em pesquisas e medicamentos a favor da vida, pensar a medicalização coloca em cena a noção de rede como movimento e circulação entre atores heterogêneos.

Um pesquisador, segundo Latour (1994), deve posicionar a ciência nas práticas de hibridação. Isto remonta o estudo da medicalização para sua dimensão mais coletiva e pública. Um pesquisador se endereça à rede, da qual, nesse caso, fazem parte as indústrias farmacêuticas, a mídia, o mercado consumidor, os periódicos de divulgação científica, os médicos. Entre estes atores heterogêneos são estabelecidas alianças, agenciamentos e negociações das quais emanam os modos de ser e estar

“doente” no mundo contemporâneo. Em última instância, podemos dizer que só nos é possível falar/estudar sobre medicalização na medida em que esta é sustentada por uma rede de atores. Não buscamos, com este estudo, uma verdade absoluta sobre esta questão, buscamos um campo de multiplicidades que desvele o modo de aparecimento da medicalização na atualidade. Isto implica um vetor devir que convoca o pensar sobre a ciência a partir de “sua audácia, sua experimentação, sua incerteza, seu calor, sua estranha mistura de híbridos, sua capacidade louca de recompor os laços sociais” (LATOURET, 1994, p. 140).

Em uma sociedade regulada pela incessante busca individual de efêmeras experiências prazerosas, não se pode deixar escapar nenhuma oportunidade de aproveitar ao máximo os encantos que a ciência e a tecnologia nos dão. Saúde, neste contexto, passa a representar a possibilidade de obter prazer e sucesso em todas as atividades da vida, por meio de substâncias químicas e legitimadas pelo saber científico. É uma infinita “promessa de bem-estar a partir de algo exterior [...], representada pelo medicamento investido de aspectos científico-tecnológicos e mágicos” (NASCIMENTO, 2003, p. 187).

A sensação de controle perante a vida acaba por atrelar a noção de saúde à imunidade do organismo. Os medicamentos, algumas vezes, são divulgados como capazes de proteger completamente o organismo humano de todo e qualquer mal. Ao adquirir um determinado medicamento, acreditamos que somos capazes de nos tornar imunes às mazelas do corpo, bem como aos acontecimentos da vida. Nesse sentido, os remédios são divulgados como fórmulas de imunidade, tranquilidade e controle dos problemas. São cápsulas protetoras da vida humana, o bem-estar proporcionado pela solução medicamentosa se torna um dos principais apelos contemporâneos para a venda de fármacos. Trata-se, de acordo com Aguiar (2004), de converter em problemas de saúde determinadas dificuldades relacionadas à vida dos indivíduos; transformar determinados estilos de vida em necessidades médicas. A cultura contemporânea prega, portanto, que o indivíduo deve evitar, ao máximo, o enfrentamento de problemas pessoais ou sociais, lógica que instaura um cenário de ansia obsessiva pelo afastamento de todo e qualquer dor ou sofrimento.

Por isso, quando falamos em saúde podemos dizer, com certa inquietude, que em nenhuma outra época tivemos tantas e tão significativas mudanças quanto no século XX. Podemos dizer também, e neste caso com certa indignação ou militância, que em nenhuma outra época consumimos tantos medicamentos quanto atualmente e que passamos a “criar” novas doenças sobre o que antes chamávamos de questões da existência humana. A cada dia o processo de medicalização e banalização da existência se revigora com diversas drogas facilmente recebidas pela equipe de saúde, pelos vizinhos, por algum familiar ou pelo melhor amigo.

A medicina passa a intervir na saúde dos indivíduos que não estão doentes, mas que demandam ajuda farmacológica para lidar com as “dificuldades da existência”. As pessoas estão cada vez mais recorrendo aos medicamentos para suportar as pressões e os sofrimentos gerados pela vida contemporânea (AGUIAR, 2004, p. 137).

O discurso veiculado pela indústria da saúde é hoje um dos mais poderosos vetores de produção da subjetividade contemporânea. Fabricamos facilmente uma receita para o tratamento dos sofrimentos humanos, nos esquecendo que inevitavelmente estes estão ligados às turbulências próprias da vida. Em busca de alívio, cura e conforto nos privamos daquilo que seria originário no humano: angústia, culpa, vergonha, tristeza, frustração e consciência de si. São substâncias artificiais que com suas inúmeras promessas nos oferecem nada menos que soluções também artificiais e paliativas para o bom viver na atualidade.

A vida não é uma doença. Viver é viver com todos os riscos. E para esta vida só há a constante convocação para um campo tensionado e inesperado de experimentação, reflexão e escolha. Trata-se de tematizar o aprisionamento quase total da vida nas malhas de uma lógica técnica que pretende entender o humano por princípios deterministas. Trata-se de problematizar nosso campo de práticas e saberes que, no seu modo de funcionar, vem produzindo no contemporâneo a medicalização da vida e que podem produzir, na verdade, processos de singularização e reconhecimento, processos de genuíno respeito à diferença, de promoção de qualidade de vida e de processos emancipatórios que

desvelem a possibilidade de construção da autonomia emocional. Estar no campo da saúde é viver a diferença, é lidar com o novo e o inesperado, é ter como vocação a necessidade de se reinventar, é, em última instância, construir sua própria forma de cuidar enquanto profissional. Um profissional que se encontra em uma perspectiva de rede integral e com compromisso social em saúde. Este modo de pensar é, sobretudo, uma postura enquanto pessoa perante a vida e enquanto pesquisadora perante um campo de estudo. Trata-se de deparar-se com a própria indeterminação que atravessa a vida e os múltiplos sentidos e caminhos que ela mesma apresenta, buscando uma reinvenção de si e, sobretudo, uma reinvenção do nosso campo de práticas, discursos e saberes no campo da saúde.

Referências

AGUIAR, A. A. *Psiquiatria no Divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004.

ANGELL M. *A Verdade Sobre os Laboratórios Farmacêuticos*. Rio de Janeiro: São Paulo: Record; 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Uso de Medicamentos e Medicalização da Vida: recomendações e estratégias*. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BIRMAN, J. *Mal-estar na atualidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

DANTAS, J. B. *Tecnificação da vida: uma discussão sobre o fenômeno da medicalização na sociedade contemporânea*. Curitiba: Editora CRV, 2014.

DANTAS, J. B. (Org.). *A infância medicalizada: discursos, práticas e saberes para o enfrentamento da medicalização da vida*. Curitiba: Editora CRV, 2015.

FÓRUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE. Nota técnica: o consumo de psicofármacos no Brasil:

dados do sistema nacional de gerenciamento de produtos controlados Anvisa (2007-2014). Disponível em: <http://medicalizacao.org.br/nota-tecnica/>

LATOUR, B. *Jamais Fomos Modernos*. São Paulo: Editora 34, 1994.

LIPOVETSKY, G. *Os tempos hipermodernos*. São Paulo: Barcarolla, 2004.

NASCIMENTO, M. C. de. *Medicamentos: ameaça ou apoio à saúde?* Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2003.

PECHULA, M. R. A. A ciência nos meios de comunicação de massa: divulgação de conhecimento ou reforço do imaginário social?. *Ciênc. educ.*, Bauru, v. 13, n. 2, p. 211-222, 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-73132007000200005>. Acesso em: 22 abr. 2008.

SIBILIA, P. *O homem pós-orgânico: corpo, subjetividade e tecnologias digitais*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2003.

RACIONALIDADES BIOMÉDICA E MUNDANA E OS SIGNOS DO CUIDADO EM CIRCUITOS LINGUÍSTICO-DIALÓGICOS (CENAS DE DIÁLOGOS)

Pedro Renan Santos de Oliveira
Alúcio Ferreira de Lima
Stephanie Caroline Ferreira de Lima

Já pulou de bungee jumping? Já pulou de paraquedas? Então assim, quando você vê aquele vácuo, você sabe que o paraquedas vai abrir ou não vai? Mas o bungee jumping eu sabia que eu estava amarrado naquele elástico superresistente que eu ia. Mas quando você desce, [é] a sensação de quando você tá em uso [de drogas], tá sofrendo. Porque tem a fase de usar e curtir, tem a fase de você começar a se perturbar e aí tem a fase de você usar e sofrer, que é puro anestésico, deu para entender? E aí é onde se tu não toma uma atitude, bicho, você fica depauperado. A corda tora, né? E você quebra e morre. O paraquedas não abre e você estoura lá, é como um suicídio. Então assim, quando tu tá usando, tu tá em queda livre o tempo todo. Outra coisa, você não tem certeza se o paraquedas vai abrir ou se a corda vai estourar. E aí é onde o terapeuta te puxa. É onde tu te vincula. Deu pra entender? Agora se o paciente, se eu, [nome do paciente], não busco no terapeuta esse vínculo e não faço por onde, entendeu, nada disso adianta (UCAP4).⁶

⁶ Os trechos narrativos deste capítulo são oriundos da Oficina de Território e Saúde (OT), desenvolvida por *Pedro Renan Santos de Oliveira*, como parte dos vetores metodológicos de sua tese de Doutorado, intitulada *Racionalidades, territorialidades e intersubjetividade: paralaxe para uma crítica às práticas de linguagem no cuidado em Saúde* (OLIVEIRA, 2018).

A complexidade da analogia feita entre o salto, a corda e as sensações de queda livre e segurança do elástico compõe uma cena metafórica de muita potência para revelar alguns elementos da relação de cuidado no Mundo da Vida (*Lebenswelt*), mediado pelas relações de linguagem, a saber: a liberdade das escolhas (simbolizada pelo salto); o limite e enlace com as regras da vida social e manutenção da própria vida (representados pela corda elástica); o furor de emoções promovido pelo salto (indicado pelas sensações de queda livre); a expectativa do usuário no que tange à função terapêutica exercida pelo profissional (representado pelo fim da corda ou pelo tamanho da corda que o puxa de volta na hora exata, evitando algum acidente e, no caso do paraquedas, do gatilho eficaz que abre o paraquedas).

É possível pensar que a relação de cuidado se faz quando a relação entre salto, liberdade e limite não é imposta pela prescritividade da ação presumidamente saudável da racionalidade biomédica. O usuário reivindica, com artifícios metafóricos, que as ações serão decididas por ele mesmo em seu horizonte de sentido na busca de liberdade, de tal maneira que dimensiona o cuidado na ética da escolha das práticas sociais que darão ou não prazer, reconhecimento etc. e no limite da ação (e de seus efeitos). Nega, enfim, que o tipo de esporte radical eleito (ao escolher livremente o *bungee jumping*, já que também poderia ter sido o paraquedas) passe pela mediação do profissional (representante do saber biomédico), mas reitera que após a escolha ele posiciona na relação de cuidado o saber disponível para proteção e promoção da vida.

Não se trata, ademais, da romantização do uso das substâncias psicoativas no jogo metafórico construído pelo usuário, na narrativa acima. Ele entende que há o furor de boas sensações do salto e que, em contrapartida, há o processo de sofrimento, caracterizado pela inexorável dúvida da abertura (eficiente) do paraquedas ou do funcionamento da corda. A metáfora, que continua a confirmar o esporte radical como análogo ao uso das substâncias psicoativas como aparentemente uma opção por alguns modos de uso e tipo de material, pode ser decisiva na imposição de danos a si mesmo ou garantidora de proteção da vida no

decorrer do salto (do exercício do esporte radical que é metafórico à vida em situação de uso).

Em cada investida, há a assunção dos danos possíveis. Em cada investida, há uso de saberes previamente acumulados para a melhor execução e segurança. Mas é o sujeito quem sempre decide o que fazer e qual saber usar. Essa ética profissional, parece-nos ter total relação com a possibilidade de resistência do cuidado mundano à racionalidade sistêmica instrumental. O jogo de linguagem metafórico na narrativa que inicia este capítulo prenuncia que a resistência aos modos sistêmicos de articulação das racionalidades hegemônicas não se faz pela negação do saber prévio e útil (em um ponto de vista técnico) acumulado (como o saber técnico-científico da saúde). Constituem-se as resistências quando, de um lado, a escolha dos sistemas de ação e seus respectivos saberes é feita pelas pessoas em sua situação de vida e, de outro, quando há formas de tornar o processo racional sistêmico em apenas mais uma linguagem do mundo, não a única nem a mais importante, que tem no ato ético do sujeito as condições de possibilidade de escolha.

Bakhtin (2010) e seus comentadores (AMORIM, 2009) nos conduzem a dizer, tendo em vista a diferença entre ação (reiterada, técnica, não necessariamente nova) e ato (expressão da criação e da assinatura do sujeito em determinado pensamento ou ação), que o limite ético da ação, ao contrário do ato, é justamente a retirada do sujeito do processo do pensamento, o qual induz tal retirada do sujeito também nas cenas de cuidado, produzindo monologias em detrimento das dialogias. A ação representada pelo paradigma biomédico, especialmente na racionalidade técnico-instrumental, diz respeito à preocupação com os fins sem a responsabilidade da “assinatura” que se produz – a voz do sujeito na negociação do agir, do produzir o ato de cuidado.

O agir em Saúde esvaziado do ato de cuidado tem potencial reiterativo e serve ao fim instrumental da racionalidade, visto que o ativar da ética das escolhas nos processos de condução da vida estaria ligado ao ato não só no pensamento, mas no agir levando em conta as vozes singulares dos que assinam seu ato. O cuidado como ato, na direção apontada pela metáfora, é um gesto ético no qual os sujeitos, nesta cena profissional e usuário, revelam-se por inteiro apesar das incertezas. No

ato de cuidado, diferente da ação em Saúde, os sujeitos da cena dialógica têm responsabilidade quanto ao que fazem, pensam e dizem.

Com esses elementos, aliás, parece-nos possível avançar na discussão dos “casos e descasos em cuidado”. Antes de tal empreitada, no entanto, cabe apresentarmos alguns conceitos úteis para a compreensão dos jogos de linguagem que iremos explorar. Afinal, tendo em vista o que um dos autores desse capítulo chamou de “Reconhecimento Perverso” (LIMA, 2010),⁷ queremos propor aqui um acréscimo conceitual, quase a formação de um sintagma a partir de certos jogos de linguagem,⁸ expressos em analogias com algumas figuras de linguagem que podem, ao nosso entendimento, denunciar um “jogo linguístico de reconhecimento perverso”. Denominamos *analogia* porque reiteramos, com a devida atenção, a pertinência da função das figuras de linguagem no campo da linguística e, além disso, o uso aqui realizado é livre em uma direção extralinguística: por revelar movimentos do uso da língua, sua utilidade aqui é menos pelo julgamento interno linguístico e mais em função do uso enunciativo de expressão dos modos de articulação na linguagem no cotidiano, nas narrativas citadas.

Por um lado, as necessidades em saúde se expressam e se representam no que tomamos por “metonímias”. Ou seja, o sofrimento de qualquer ordem (físico, mental, espiritual, social ou ético, para citar alguns) é reduzido unicamente aos sintomas. Esses sintomas, por sua vez, num efeito de generalização linguística, reduzem o sujeito de uma

⁷ Lima (2010) aponta o “Reconhecimento Perverso” como uma forma de reconhecimento que exige do sujeito assumir uma identidade estigmatizada para que ele tenha acesso ao cuidado em saúde mental usando o estigma como moeda de troca. Por exemplo, alguém que possui um diagnóstico psiquiátrico passa a ser reconhecido nos serviços de saúde mental a partir de sua patologia, e esta se torna a possibilidade de acesso a um serviço que lhe é de direito.

⁸ O conceito de jogos de linguagem é utilizado com ênfase na Filosofia da Linguagem, principalmente na obra *Investigações Filosóficas* (WITTGENSTEIN, 2014). Na concepção do autor, é relevante fazer-nos ver os vários aspectos de nossa linguagem que em diversas situações cotidianas nos são alheios. Além disso, Wittgenstein define os jogos como atividades coletivas entre falantes, localizadas em dado contexto social e cultural, que pressupõem, para o uso da própria linguagem, a utilização de regras, habilidades, disposições e certas capacidades advindas do domínio das técnicas. Neste texto não aprofundamos essa noção filosófica, mas utilizamos o conceito estrategicamente, com a finalidade de desdobrá-lo numa repercussão (livre) dos efeitos do uso cotidiano da linguagem como numa analogia às figuras de linguagem.

de suas partes pelo todo, de maneira que o sujeito “torna-se” o nome que pode ser dado àquele sofrimento, geralmente o diagnóstico atribuído a ele. Em outras palavras, a “metonímia do sujeito” faz parecer que o diagnóstico correto seria capaz de representá-lo por inteiro, de forma que reduz o sujeito à sua expressão de sofrimento. Esta metonímia representa, para nós, a nosografia como código linguístico único, utilizada na tentativa de monologizar as vozes ou tornar monovalentes os signos das relações de cuidado: os sintomas que precisam ser traduzidos em diagnósticos.

Há, para além da figura de linguagem apresentada acima, uma outra que também nos auxilia a compreender os jogos perversos concernentes à assistência em Saúde: o *zeugma* – especificamente o zeugma de sujeito. Já que o zeugma é um tipo específico de *elipse*, retomamos que esta última ocorre através da omissão de um termo que pode ser subentendido no texto. O zeugma, em consequência, é a supressão de algo dito anteriormente.

Nossa intenção, com isso é assinalar o termo comumente suprimido nas relações de cuidado: a própria pessoa que procura os serviços de saúde. Nas palavras de Merhy e Franco (2003), o sofrimento do usuário se perde em meio às tecnologias duras. Por conseguinte, se na metonímia percebemos o sujeito reduzido ao sintoma, no zeugma percebemos a retirada do sujeito das relações de produção de cuidado como expressão da alta instrumentalização da Saúde, de modo que a “cura dos sintomas” se refere a um “sintoma sem sujeito”.

Se o efeito negativo da metonímia caracteriza-se pela supressão de conteúdo com vistas à exclusão do sujeito do centro dos processos de cuidado, a repetição de conteúdo, seu efeito positivo, é expresso pela *anáfora*. Explicamos: a *produção anafórica da saúde* diz respeito à repetição quase exaustiva do “linguajar” em saúde que nada mais, nada menos é do que a expressão do hegemônico modelo anatomofisiopatológico de compreensão do corpo que adocece. O sintoma, que, como vimos, é a linha condutora (linguagem monológica, por assim dizer) das relações presentes nos serviços de assistência à saúde, opera um efeito cultural que transforma a saúde em um conjunto de prescrições idealizadas e previamente normatizadas que excluem conteúdos do

Mundo da Vida: contextos de condições de moradia, transporte, saneamento, níveis educacionais, acesso a bens e serviços etc.

A título de exemplo, consideramos que a repetição cotidiana nos meios sociais e culturais (como nos veículos de imprensa, nas redes sociais, nas publicidades em todos os meios) da vigilância a determinados índices e critérios expressivos de adoecimentos (taxas glicêmicas, colesterol, níveis pressóricos, entre muitos outros, que são idealizados como padrões e supostamente parametrizados por meios de comunicações supostamente científicos) e um determinado modo de combate a “males” com relação à saúde (resultante em cultura “*fitness*”, moda “*diet*” etc.) impõem uma cultura em que o sintoma passa a fazer parte da vida diária, expresso em um conjunto predeterminado e prescritivo de “hábitos saudáveis”, fazendo com que a Saúde deixe de ter relações com uma produção social e complexa da vida. O jogo de linguagem expresso pela anáfora, portanto, repete os sintomas e modelos idealizados de combate a estes e exclui a vida real, produzida complexamente, do modo de cuidar.

Porém não é só a “cultura” que expressa a anáfora do cuidado. O modo como se organiza o processo clínico pode evidenciar também esse “jogo perverso de linguagem”. Na clínica, como designamos a relação de cuidado entre o profissional e o usuário do serviço, a anáfora se evidencia quando se negam os conteúdos do Mundo da Vida dos sujeitos que demandam cuidados e obtêm como ação em saúde, de maneira concreta, intervenções que operam única e exclusivamente sobre o corpo do sujeito, cujo enfoque permanece na remissão dos sintomas já ditos. Ainda que os conteúdos de sofrimento expressem relações construídas no âmbito sociocultural ou que as doenças expressem condições sociais, econômicas e laborais, a clínica se restringe à prescrição de terapêuticas centradas na cura da patologia.

Queremos apontar ainda, nesses jogos, o fato de as figuras de linguagem contribuírem para elucidar, nas práticas biomédicas de cuidado, uma distorção do que seriam as necessidades de saúde na vida concreta dos usuários dos serviços, bem como em suas expressões das infinitas expressões dos sofrimentos diante daquilo que as políticas de assistência à saúde aparentam “enxergar” na população. Nominamos

essa distorção típica de “anamorfose”,⁹ com base no conceito utilizado por Almeida (2005) e Lima (2010).

A distorção da anamorfose, como aqui nos apropriamos, é aquela que majoritariamente não considera que o conteúdo da vida tem dimensões políticas e que, nesse movimento de “jogos operados pelas figuras de linguagem”, a dimensão política é excluída do fazer diário do profissional de Saúde. O cuidado em saúde que é ofertado ao cidadão pode excluir de suas práticas a dimensão política da vida.

Essas proposições conceituais, a nosso ver, oferecem a possibilidade de ampliar a capacidade analítica de detecção de que, por meio de circuitos cotidianos de linguagem comunicativos e dialógicos (por vezes monologizantes, por vezes polifônico) produzem-se, em algumas situações, jogos de reconhecimento perverso. Esses jogos ajudam a elucidar, nas práticas de cuidado à saúde, a distorção do que seriam as necessidades em saúde sentidas na vida concreta dos usuários dos serviços diante daquilo que o processo de trabalho nesta área pretende favorecer no cuidado aos sujeitos, por seus condicionantes estruturais e políticos. Isto posto, logo mais apresentaremos alguns casos.

Dos diversos exemplos trazidos como cenas de negociação de cuidado com os usuários participantes da pesquisa que originou a tese de doutoramento de Oliveira (2018), o de uma paciente grávida assistida pela Atenção Primária em Saúde (APS) nos parece bastante ilustrativo. Isso porque é um dos objetos de cuidado presentes na APS (e em

⁹ Almeida (2005) produz, em sua tese, uma longa discussão sobre o conceito de anamorfose, advindo da Física, como uma figura em perspectiva deformada que exige do observador, para melhor enxergar o objeto, um deslocamento que deve retirá-lo de sua posição convencional. Entretanto, sua apropriação do conceito se dá para o uso na discussão sobre as distorções que as políticas de identidade produzem ao necessitarem que os sujeitos se enquadrem em identidades socialmente idealizadas, distorcendo os personagens que são produzidos nas relações identitárias. Lima (2010), comentando o conceito de anamorfose para a sua discussão sobre o reconhecimento das identidades políticas, diz que a anamorfose apontaria a contradição inerente na disputa entre as políticas de identidade, o conteúdo ético, que estaria na possibilidade de criar possibilidades de existência mais justas. Para maiores esclarecimentos sobre o tema, acessar a tese de doutorado de Juracy Armando Mariano de Almeida, *Sobre a anamorfose: identidade e emancipação na velhice*, em: <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/17083> (ALMEIDA, 2005).

algumas especialidades em saúde, evidentemente) que coloca em questão as mediações sógnicas do modelo biomédico hegemônico, visto que gravidez não é adoecimento. A partir da narrativa abaixo, apresentada por uma profissional, é possível tecer alguns comentários.

Tem gente que acha que o atendimento se resume a dar medicação e a gente sabe que é muito mais além, né. [...] A gestante não quer vir, mas não tem aquela referência, né. A gestante se sentiu mal vem pro acolhimento, não tenta nem procurar a sua equipe, porque aí ela – a equipe – vai saber o que aconteceu com ela [gestante], ver o que é que pode fazer, né; ter um olhar mais profundo em relação àquela paciente... que conhece aquela paciente e sabe da necessidade dela; porque muitas vezes ela veio por uma medicação e às vezes nem é o que ela precisa, ela precisa de outras coisas (PAPS3).

Se não é doença, o que resta a cuidar no modelo hegemônico de cuidado: a prevenção do adoecimento da gestante e do feto/bebê? O que remediar na condição de gestação? A própria narrativa acima demonstra que o acolhimento é peça fundamental da condução do cuidado. Conforme assinalado pela profissional, conhecer a história da paciente, entender o que ela deseja e superar a busca dela pela medicação são todos elementos que a própria profissional reconhece. A profissional, então, percebe que o modelo queixa-ação produz a quase “obrigação” da medicação, mas nem sempre se aplica quando, por exemplo, a necessidade é de acompanhar a construção da produção da saúde para a gestante e a criança vindoura.

Entretanto, ainda assim, em muitas situações o linguajar biomédico conduz o atendimento pré-natal em uma lógica na qual o que é incluído são os sinais de alterações que podem ser precursores de agravos e parecem excluídas as condições sociais: de produção da maternagem, do lidar com as alterações corporais (simbólicas, e não só físicas), dos projetos de vida etc. Mesmo nos casos em que o objeto mediado pelo cuidado são sintomas que revelam alterações adoeedoras do corpo – como no caso de enfermidades cardíaco-circulatórias expressas por meio das alterações pressóricas –, a conduta assistencial não pode deter-se ao “controle pressórico” por si só, como se o corpo e as relações do sujeito com o mundo não fossem inseparáveis e se fosse

possível a intervenção no coração (ou qualquer órgão humano) sem considerar a intersecção destes fatores. No caso abaixo, as dinâmicas familiares têm claro efeito no estado de saúde, refletido nos índices pressóricos circulatórios da paciente relatada:

Tem um caso recentemente conversando com uma senhora hipertensa, [que] não consegue controlar a pressão. Mas por quê? Não consegue dormir direito porque o filho vive saindo de casa; sai e deixa a porta aberta aí só chega de manhã... prestando a atenção se não vai carregar nada lá de dentro de casa, às vezes carrega até os brinquedos das crianças (PAPS3).

Dessa maneira, se o coração for contornado como órgão que adoece sem a mediação do corpo relacional, do sujeito social, a própria prática curativa torna-se elipticamente incapaz de solucionar o problema. Mais uma vez, o efeito perverso opera quando o profissional, diferentemente do caso acima, prescreve a solução do problema relacional-familiar como se fosse uma ação técnica: solicita solução, como se o sujeito produzisse os sintomas sociais em uma mesma linguagem que no código anatomofisiopatológico significa a doença.

Outro caso complexifica ainda mais o que temos dito até aqui sobre o reconhecimento dialógico do objeto do cuidado, em superação à metonímia clássica da doença enquanto o sujeito como um todo. O longo caso citado abaixo advém do relato de um profissional da APS que evidencia a prática dialógica que se vislumbra como ampliadora do objeto tradicional do cuidado no modelo biomédico e não diz respeito à relação com o sujeito atendido (o paciente). Porém, esta prática mostra-se reverberar na dimensão intersetorial da determinação da saúde, no conjunto que soma o profissional aos serviços e políticas sociais.

Eu tenho uma paciente minha que assim... eu ia pra casa dela, fazia visita lá... Fazia, não, faço. E ela tinha uma situação de saúde mental que a gente não sabia exatamente o que era porque ela conversava bem... Assim, ela tinha uma depressão, que foi tachada como uma depressão, mas que na verdade é fruto das condições da casa dela. Porque ela tem dois filhos, esse sim, um esquizofrênico e o outro tem uma esquizofrenia também, mas não é uma esquizofrenia paranoide como esse daqui, é uma esquizofrenia que o cara não se comunica. Mas ele faz

tudo, ele trabalha, num sei o quê e tal, mas aí ele fuma a pedrazinha dele, certo? Mas aí ele não faz mal pra ninguém. Agora, esse daqui que é agitado, esse daqui meu amigo, é a confusão dentro de casa. Aí ela entra em conflito com ele porque quer que ele pare de usar droga, quer que ele se trate direito, num sei o quê. E ele, pela condição de saúde que ele tem – que não é bem acolhida né – o serviço não consegue dar conta de deixá-lo tranquilo, digamos assim, né. Não tem condição: ele precisa de alguém que cuide dele e a mãe não é possível de cuidar dele. E ele também tampouco é possível de cuidar da mãe. Então o conflito entre os dois ali é o que faz mal um pro outro. E aí você não consegue tirar ela de dentro da casa porque a casa é dela. Não consegue tirar ele porque não tem pra onde ir. Você não tem um outro suporte familiar, porque os outros filhos aparecem lá muito de vez em quando e... fazem ouvido de mercador. No sentido de você dizer assim: ‘olha, sua mãe precisa porque é difícil e tal, num sei o que...’, ‘ah tá bom doutor, eu vou ajudar’. Fica nessa promessa aí e não resolve. Então o que foi que eu fiz? Rapaz, eu vou ter que acessar o conselho do idoso, o serviço social e tal. Liguei pro conselho do idoso... não, o conselho do idoso não. Como é? O... não, é tipo um conselho tutelar, só que é do idoso, que é tipo contra os maus-tratos do idoso, um negócio assim. Aí eu liguei pra lá e o pessoal: ‘não... mas a gente não pode ir não. A gente só recomenda o senhor pra quem que o senhor deve...’. ‘E o trabalho de vocês é o que?’. ‘Não, o trabalho da gente é desenvolver as ações de prevenção né, de estimular as pessoas a denunciar os maus-tratos’. ‘Ah...entendi... Certo, vocês dizem pra gente denunciar, mas a gente não denuncia pra vocês’. Foi aí que eles: ‘não, vocês denunciam e a gente orienta o que vocês fazem, mas a gente não vai lá’. Beleza – ‘E aí, o que é que eu faço?’. ‘Não, você vai ligar pra SMS que lá tem um negócio lá de condições crônicas e atenção ao idoso’. ‘Ah, tá bom, beleza.’. Liguei pra lá: ‘mas você ligou pro conselho?’. ‘Liguei e ele mandou eu ligar pra vocês’. ‘Ah, não tá certo. Pois aí você tem que acionar o CRAS’. Aí eu digo, rapaz... é difícil mesmo. Aí eu digo, ‘olhe, mas a situação é assim, assim e assado e tal, num sei o que’. E ele: ‘é, realmente essa situação é muito complicada’. Aí deu vontade de dizer assim ‘É... mesmo...cara...? Eu tô te ligando por isso. Eu não tô te ligando pra fazer terapia comigo mesmo não’. Aí assim, fica um negócio de um passa pro outro, um passa pro outro... e aí beleza, eu liguei pro CRAS. Eu digo ‘olhe, a situação lá é assim, o pessoal lá orientou eu ligar pra vocês e tal, num sei o que’. ‘Ah, não, vamos lá fazer a visita’. Eu digo ‘Opa!’. Beleza. Eu disse ‘olhe, meu telefone é tal, eu sou o médico da equipe, quando vocês vierem fazer a visita vocês me liguem pra eu ir junto’. Ligaram? Não. Foram pra visita? Foram. Mas aí chegaram lá na visita sabe o que foi que fizeram? Aí a agente de saúde foi (coincidentemente es-

tava passando em frente), viu, aí acompanhou. Então o pessoal foi, aí chegou lá sabe o que foi que fizeram? ‘Não, é que a gente recebeu uma denúncia aqui que a senhora tá sendo maltratada pelo seu filho’. Isso a senhora lá e o filho lá dentro ouvindo, macho. Cara... aí assim, a agente de saúde ouviu isso aí e ela disse assim: ‘não, minha filha, não foi isso não... a gente ligou pra vocês pra vocês darem um suporte pra ver...’. Olha só, ela não sabia que isso ia acontecer. Por sorte ela viu e aí ela entrevistou. Aí disse assim ‘não... a gente ligou porque a gente queria saber se ela não poderia receber algum auxílio, porque ela não recebe bolsa família, ela não recebe nada’. Aí ela disse ‘ah, não, mas é porque a denúncia... que diz que tem um filho dela aqui que é doente mental...’. Aí a senhora lá, a Irene disse que ela já ficou nervosa... aí disse: ‘não, pelo amor de Deus... que meu filho é muito bom pra mim, que num sei o que’. E o resultado? Pêia. O filho meteu a surra na mãe. Então cara, assim, sabe?

Frustrações, dificuldades materiais, insuficiência de insumos, problemas de comunicação, demandas sociais diversas, modelos de gestão intersetorial de cuidado, tudo isso parece estar junto no caso acima. O caso que parece resumir-se a mais um de “saúde mental na atenção primária”, mais que hibridez da demanda, revela que o modelo queixa-consulta e a linguagem biomédica centrada nos sintomas são rigorosamente insuficientes tanto para a explicação dos sofrimentos e adoecimentos envolvidos quanto como forma de intervenção.

A concepção do idoso como sujeito de direito e não só em déficit, de família como arranjo relacional mutante e circunscrito a funções e afetos que se colam por teias multiníveis e multidimensionais, a ideia de saúde mental como culturalmente definida e ação intersetorial não como ação de diversos serviços sem projetos e comunicação comum são os desafios recorrentes do cotidiano assistencial em saúde e que têm a potência de revelar fissuras dos modelos técnicos hegemônicos. Por sua vez, os modelos técnicos carregam consigo uma visão de sujeito e mundo estreitamente interligada à maneira como operam sobre as inter-subjetividades dos sujeitos. Ao final, por não conseguirem responder à complexa demanda, acabam por piorar objetivamente os arranjos de apoio mútuo já fragilizados. Por vezes, é como se ao cuidar dos casos, ainda que com empenho, o modelo revelasse o descaso com a ampliação do objeto de cuidado.

É importante assinalar que não apenas de dificuldades e insuficiências postas aqui se produzem as cenas de cuidado. Um dos relatos que mais nos chamou a atenção na pesquisa de Oliveira (2018) é a do profissional do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) apresentado abaixo, cujo modo de mediar o vínculo e a ampliação do cuidado superaram o sintoma ou o horizonte abstêmico com a droga:

O [nome do paciente], ele passava todo dia em frente o contêiner e eu era o primeiro a chegar o contêiner, quem abria o contêiner era eu, eu ia tomar um banho e tal e vi aquele cara e na terceira vez que ele passou, Pedro, aí eu digo hoje quando ele passar eu chamo ele. Ele passava olhando e eu sentia que ele tinha curiosidade de chegar, mas ele tinha algum receio porque aquilo era pra eles e até que ponto eu sei que isso é pra mim né. Aí eu chamei ele e ele disse eu posso passar? Eu disse pode, e eu levei ele lá e comecei a conversar com ele, disse que era um projeto e saber o que ele... aí ele foi bem sincero. Da primeira vez ele foi super sincero comigo. Eu trabalho na feira e todo dia eu vou comprar minha droga... Beleza e todo dia ele veio frequentar o contêiner, e todo dia tomava banho... mas também quando eu tava e ele disse que quando não me via ele passava direto, porque às vezes tinha o dia de folga e eu tinha folga uma vez por semana e quando eu não tava. Aí quando foi um dia ele chegou e eu senti que ele tava mal. Ele chegou e disse preciso falar com o senhor. E como o contêiner é desse tamanho e pra gente ter esse contato é complicado, aí eu... vamos lá pro seu ponto e fomos. Aí ele mostrou a foto do filho dele que morava... devido o uso dele, de lidar com o que ele usa e ele disse que o problema do uso dele é tranquilo e eu via que ele... de lidar com essa situação. Aí comecei a dizer assim: 'tu já tentou...' – o pai dele tinha um ponto na feira e o pai dele também tentava ajudá-lo. Eu disse: 'vamos fazer assim, posso conversar com seu pai?'. 'Pode sim'. Na mesma hora fui conversar com o pai dele e conversei com ele... ele disse: 'o que você conseguir'. E o que é conseguir?... é um processo lento. Eu cheguei André você vai continuar usando, mas você vai diminuir? O que você vai fazer? ... pois, você vai fazer isso. 'Confia em mim? – Confio'. 'Pois, vá. Chego lá hoje ainda' e foi. Cara, pois simplesmente com dois meses desse processo ele sumiu, também uma semana gente ele não tá mais vindo não, aí eu fui bater no pai dele, ele tava lá e só vem dia de quarta-feira pra cá que eu ajudo ele, aí ele vem pra feira me ajudar e tá pra lá. Tá bem. Aí quando foi com quinze dias ele passou lá eu quero falar com o senhor e me deu um abraço; mostrou a mulher dele que tava com ele; mostrou outras foto. Cara você não sabe como aquilo me deixou e por isso que eu digo assim deixa a gente... [emoção] (PCAP2).

É notável que os elementos mediadores da relação foram a substância psicoativa e o respectivo uso abusivo, sem alguma concepção prévia que envolvesse uma relação de abstinência como horizonte último da relação de cuidado. Por isso, o fato que favoreceu o vínculo entre o usuário e o profissional foi o serviço oferecer escuta relacionada ao uso de droga e o usuário se permitir conversar não apenas sobre o uso, mas, inclusive, acerca das demais condições de sua vida. A partir do momento em que a “confiança” habitou o diálogo, revelou-se que ambas as vozes eram ouvidas e incorporadas/encarnadas nos discursos vivos um do outro.

A relação com o trabalho e as mediações afetivas com o pai do usuário foram simultaneamente mediadoras e produtos da relação. A sintomatologia em quase nada esteve presente, a não ser na retaguarda do serviço e, apesar das expectativas do fazer biomédico priorizarem um discurso zeugmático, as necessidades sociais da vida do sujeito foram abertamente cuidadas. O caso evidencia uma cena dialógica em que, apesar da preocupação com a saúde, o cuidado não era uma metonímia sintomatológica do sujeito, mas uma possibilidade de construção de outras metáforas da vida.

Os célebres George Lakoff e Mark Johnson (2015), do campo da semiologia e linguagem, na tradução portuguesa intitulada *Metáforas da vida cotidiana*, afirmam que a metáfora não só constitui a linguagem cotidiana como também caracteriza nosso pensamento e nossa vida. Uma das preocupações apontadas no texto é advertir para a importância em qualquer tratamento teórico da metáfora, das considerações históricas de sua aparência, consolidação ou desaparecimento e, portanto, defender a condição relacional e histórica como fundamental para sua melhor compreensão. A aposta dos autores é que as metáforas estão vivas e, como toda a língua, movem-se no tempo e sofrem mudanças relacionadas à validade ou vitalidade em um determinado momento.

O fato de que essas relações metafóricas que formam sistemas de linguagens geralmente passem despercebidas ocorre justamente devido à natureza cotidiana da metáfora, a qual pode ser vista nos exemplos de expressões linguísticas dadas pelos falantes, como estamos fazendo no

decorrer deste capítulo. Isso não faz pensar que tudo em linguagem é metáfora mas, sim, que todo sistema social tem correlatos em maior ou menor medida metafóricos (LAKOFF; JOHNSON, 2015).

A cobertura, na narrativa dos profissionais da APS, aparece de diversas maneiras e significados, sob várias formas de conceituar e operar. Uma delas se refere à cobertura como responsabilidade sanitária, como se vê nos dois trechos dos profissionais a seguir:

Assim, a região que a gente, a unidade de saúde tinha, vamos assim dizer, garantia ou tinha responsabilidade por cobertura, que as equipes que atuavam na unidade de saúde tinham responsabilidade pela cobertura (PAPS2).

Aqui teria que ter cobertura de 100%, não temos cobertura de 100% (PAPS3).

Uma outra forma de aparição da expectativa de atender à demanda da população é significada como meio de garantia de acesso, independentemente, inclusive, de a responsabilidade sanitária ser ou não a peça-chave organizativa:

O importante é que toda a unidade de saúde a população sabia que aquela unidade ia tá funcionando naquele determinado período e não tinha horário de almoço, por exemplo, que uma equipe entrava e outra saía e isso num certo ponto e em relação a um certo aspecto dá uma segurança pras pessoas e é uma melhoria da qualidade do acesso. [...] Então, no primeiro momento foi isso, foi aumentar acesso, aumentar as equipes, aumentar a cobertura (PAPS5).

A metáfora da cobertura é utilizada como forma de motivação das “metas da organização da assistência à saúde”, sob uma lógica de organização do processo de trabalho, como se expressa abaixo:

[...] a gente sempre tenta garantir esse atendimento da nossa equipe, pra tentar realmente garantir essa cobertura e tudo mais (PAPS4).

Uma outra forma de expressão, embora guarde algumas semelhanças com a ideia de responsabilidade sanitária, é a ideia de “referência” terapêutica e sanitária, diante de um território de abrangência:

Então assim, vamos falar em termo de cobertura né, se você tem uma unidade de saúde e aí você faz uma analogia com os sistemas universais pelo mundo né, Portugal, Espanha, Inglaterra... não existe isso de você ter o médico lá da sua equipe ou então que é seu médico de referência, por exemplo, na Inglaterra que você tem o médico por carteira e não por localização... e aí tem um dia da semana que ele não tá lá (PAPS4).

Encarar a cobertura como metáfora é compreendê-la como um termo que em sua polissemia revela, mais que padrão de significação, seus usos. Esta metáfora revela que práticas sociais são significadas por seu nome e que cotidianos são justificados a partir dela. Já que remetem a práticas de cuidado também disponíveis às racionalidades sistêmicas, além disso, estas metáforas ocultam um perigoso poder: a capacidade de ubiquidade dos processos de administração social por meio do cuidado. As que aparecem nos relatos analisados na pesquisa de Oliveira (2018) relacionam-se a responsabilidade sanitária, garantia de acesso, metas organizativas/assistenciais e referência terapêutica. A ubiquidade social é a própria condição dos processos de racionalização sistêmica. Segundo os teóricos com quem dialogamos, esta racionalidade tem apontado o poderio de administração dos corpos e gestão do sofrimento, sem necessariamente ter por meta a emancipação. O sujeito passível de cobertura é o sujeito descoberto e inacessado.

Se a responsabilidade sanitária é um ato político de compreensão da atuação profissional em Saúde como corresponsável pela produção de saúde em dados territórios, a metáfora da cobertura pode trazer a potência que a ampliação da esfera da participação de mais sujeitos, territórios e ações para o escopo destes serviços poderia oferecer. Uma coberta que acalenta e protege, portanto. Em compensação, se entendida como ampliação do escopo técnico de dados modos de agir e pensar em saúde, a cobertura pode servir como amplificadora da capacidade de penetração dos sistemas técnicos de cuidado hegemônico – a coberta que sufoca e prende.

Já na SM, são marcantes as falas que remetem à “carência” como elemento presente na prática de cuidado. Por parte dos profissionais, remete-se à carência de diversas formas, até mesmo a uma certa carência de “cognição”, como expresso de modo claro e explícito:

Eu acho que as pessoas ainda são muito carentes de informação (PCAP1).

Todavia, também aparece de modo indireto:

Percebo muito assim a falta de esclarecimento da população, percebo muito a dependência que as pessoas têm às instituições, percebo a dificuldade que as pessoas têm de usufruir o que tem na instituição e entender que você vai usufruir não é de uma boa vontade, mas é de um direito. Eu percebo isso e percebo o quanto as pessoas estão sendo agressivos consigo e com o outro. É a impressão que eu tenho do público que chega aqui, mas também percebo que essas pessoas têm condições de descobrir e trazer pra si pra gerar um bem-estar, uma melhoria na sua vida na medida do possível, mas eu percebo que pra se chegar a essa melhoria a impressão que eu tenho no geral é que isso é um processo de médio/longo prazo (PCAP3).

Vale ressaltar que a carência aparece não apenas nos relatos de profissionais. Os próprios usuários expressam a carência da seguinte maneira:

O que eu preciso é de atenção né, porque eu moro só, tá com dez anos que tô solteiro e sou muito carente de atenção. Tenho dois amigos que quando eu tenho cinco minutos de atenção eu já saio vibrando, uma atenção verdadeira. É como aqui, quando eu faço a terapia eu saio vibrando. A minha família ajuda também, mas depois de um tempo eles se afastam, e eu me sinto carente (UCAP3).

Ou seja, o sujeito carente é aquele a quem falta algo, como o próprio usuário se refere. Em contrapartida, outro usuário entende a carência a partir da necessidade do uso de substâncias psicoativas e generaliza a sua condição à dos demais:

Outra coisa é a carência que você tem. Porque eu tenho certeza absoluta que todo usuário de droga é extremamente carente. Ele tem um oco dentro dele (UCAP4).

Como apontamos anteriormente, as metáforas não aparecem em um só campo da assistência (SM ou APS), mas também em outros em paralelo a outras metáforas. Na APS, a carência é situada por um profissional, é narrada assim:

Em relação à Estratégia Saúde da Família tem tanta carência...[...]. Por exemplo, eu tô fazendo agora no momento um curso de terapia comunitária, onde eu vejo muitas vezes quando eu entro na demanda espontânea e atendo todo mundo eu vejo a carência das pessoas. Muitas vezes não é carência com relação à doença em si, mas é mais a doença psicológica mesmo. O ambiente, o contexto, as condições sociais da população... Então eu acho que ouvir a população ajudaria muito mais do que dar um medicamento ou liberar... porque muitas vezes vem polí-queixosa, aí 'a mulher chata e tudo', mas vamos ver o contexto? Como é a vida dela? Com quem ela mora? Como é que tá a estrutura familiar? Como é que tá a estrutura financeira? Então... 'n' questionamentos onde a gente deixa passar e eu acho altamente importante pra saúde daquele paciente né, porque as pessoas acham que saúde é só a doença e não é, se você olhar o contexto, o social eu acho mais importante do que a própria doença em si porque se você consegue melhorar o social daquela pessoa... claro, se ela entra em depressão e tudo você sabe que as defesas vão tudo cair e com isso... não quero dizer que ela esteja mentindo com relação às doenças, mas... você sabe melhor do que eu que isso influencia e leva ela a desencadear algumas doenças que poderiam ser evitadas (PAPS3).

Para além de demonstrar concepções sobre as dinâmicas sociais de pobreza e individualização de fenômenos sociais, perceber os sujeitos como carentes pode revelar práticas e organizações cotidianas em que se tutela o sujeito como garantia de um bem maior. Concomitantemente, as práticas tutelares são antigas e revelam o modo de construção da cidadania no país, de acordo com Pedro Demo (1995). Ademais, a tutela, disfarçando-se de assistência, reduz ou aniquila a subjetividade e singularidade do sujeito. Despotencializa a ação política. E a tutela não é apenas exercida pelo profissional no alto de seu poder. Ela pode ser demandada pelo próprio usuário do serviço como meio possível de reconhecimento dos direitos, como advertiu Marita Beaklini (2001) em relação ao campo assistencial em saúde mental.

Mais que isso, a preocupação que essa metáfora da carência revela é o casamento conveniente entre a concepção de “adicção” (ou adição) que paira na Saúde Mental, principalmente no campo do álcool e de outras drogas, em que os sujeitos são compreendidos como dependentes das substâncias e a necessidade de relação com o serviço está embasada pela tentativa de barrar os efeitos da adicção. O sujeito ca-

rente adicto aparenta ser, portanto, um sujeito cujas necessidades remetem a um caminho difícil de superação já que tautológico: sempre lhe falta algo, e a droga substitui a carência, “viciando-o” devido à própria carência, que gera mais necessidades, e o caminho circula nesse circuito necessidade-carência-adicção.

Mas outras metáforas coabitam paralelamente os circuitos linguísticos de cuidado na APS e SM. Três delas chamaram nossa atenção não pela crítica, mas pela resistência que produziram ao se ter consciência dos seus efeitos, quais sejam: 1) ações que esterilizam; 2) práticas que anestesiaram; 3) sistemas que mortificam. Ao longo das entrevistas e conversações com os profissionais e usuários para a elaboração da tese de Oliveira (2018), eram inevitáveis as críticas ao Sistema de Saúde e sistema social como esta:

Veza por outra eu recebo caso paciente que retorna pra mim dizendo assim ‘doutor, aquele atestado que o senhor me deu, deu certo. Inclusive o médico do INSS achou ótimo o atestado do senhor. Disse que o senhor fez muito bem o atestado, que ficou muito explicado, que num sei o que, que num sei o que lá’ (PAPS4).

Havíamos anunciado acima que a narração desse trecho mostrava a serventia da prática médica e de outras profissões da Saúde, cuja finalidade seria a “anestesiá-los” os sujeitos para que as dores do “corpo-capaz-de-mão-de-obra” não reduzisse sua capacidade produtiva. No entanto, pela potência da ação ao metaforizar sua prática como anestésica é que se faz a reflexão do médico a partir da constatação da “anestesia do corpo”. Dizia, por conseguinte, da operação subversiva ao sistema e da inclusão da voz do paciente na negociação dos horizontes de cuidado.

Apesar de as metáforas apresentadas se entrelaçarem com as razões sistêmicas e parecerem servir aos fins instrumentais, na verdade, a metáfora tem capacidade de reconstruir práticas porque os significados são conjunturais e são passíveis às mudanças conforme o conjunto de mudanças que dados coletivos humanos almejam, pois conforme Lakoff e Johnson assinalam: as “metáforas têm capacidade de criação e imaginação” (2015, p. 181). Elas podem reiterar, mas também podem modi-

ficar. Podem, também, revelar não ditos e expor jogos implícitos, tal qual usar palavras como arsenal bélico verbal contra os sujeitos, para desqualificá-los ou deslegitimá-los. As metáforas são campos abertos e, como tal, sua reconstrução é possível, visto que as possibilidades de criação de novas metáforas podem ter valor de mudança de cultura (LAKOFF; JOHNSON, 2015, p. 181).

À guisa de suspensão de nossa discussão, algumas últimas palavras ainda são necessárias. Esperamos ter elucidado que alguns elementos da organização do processo de trabalho e dos símbolos mediados no cuidado em saúde tinham potência metafórica. Dos elementos que apontamos, a “cobertura” na APS e a “carência” na Saúde Mental (SM), mais do que significantes em disputa, revelam-se como metáforas da assistência prestada e dos modos de cuidado articulado em cada um desses níveis de assistência à saúde. Advertimos que há elementos de “carência” nas mediações linguísticas que se fazem na APS, mas ela é mais proeminente na SM, assim como há também o uso da metáfora da cobertura na SM, mas é mais referenciada na APS. Por isso, nas linhas abaixo as metáforas são melhor trabalhadas.

É tarefa complexa tematizar as racionalidades que habitam o cotidiano sem que seja apenas por pura teorização. A crítica à racionalidade social e aos modos de organização nos parece extremamente potente por via da teoria dialógica da linguagem. A aposta que sustentamos é precisamente pela potência reconstrutiva da linguagem, já que não é fim em si mesma (como das racionalidades sistêmicas), mas meio de criação das possibilidades de comunicação, das possibilidades de diálogo, das possibilidades de também ser, de também criar. As formas de linguagem, no cuidado, que potencializam as vozes ou que criam as condições de elas emergirem, por isso, são formas de resgate político e ético do agir (os atos de cuidado) – transformando o mundo, criando mundos, abrindo portas. Como no poema de Leminski (2013):

Achar
a porta que esqueceram de fechar.
O beco com saída.
A porta sem chave. A vida.

A vida toma parte do diálogo. Essa é a porta que promove sinais de abertura do viver.

Referências

- ALMEIDA, J. A. M. de. *Sobre a Anamorfose: Identidade e Emancipação na velhice*. 2005. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2005.
- AMORIM, M. Para uma filosofia do ato: “válido e inserido no contexto”. In: BRAIT, Beth. *Bakhtin, dialogismo e polifonia*. São Paulo: Contexto, 2009.
- BAKHTIN, M. *Para uma Filosofia do Ato Responsável*. 2. ed. São Carlos: Pedro & João Editores, 2010.
- BEAKLINI, M. J. T. *A proteção social na reestruturação da assistência em saúde mental: o programa de bolsa-auxílio do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, Niterói (RJ), Rio de Janeiro*. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.
- DEMO, P. *Cidadania Tutelada e Cidadania Assistida*. Campinas: Autores Associados, 1995.
- LAKOFF, G.; JOHNSON, M. *Metáforas de la vida cotidiana*. Madrid: Cátedra, 2015.
- LEMINSKI, P. *Toda poesia*. São Paulo: Companhia das Letras, 2013.
- LIMA, A. F. *Metamorfose, anamorfose e reconhecimento perverso: a identidade na perspectiva da Psicologia Social Crítica*. São Paulo: FAPESP/EDUC, 2010.
- MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves: apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. *Centro Brasileiro de Estudos de Saúde*, v. 27, n. 65, p. 316-323, 2003.
- OLIVEIRA, P. R. S. *Racionalidades, territorialidades e intersubjetividade: paralaxe para uma crítica às práticas de linguagem no cuidado*

em Saúde. Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2018.

WITTGENSTEIN, L. *Investigações filosóficas*. 9. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2014.

PERCEPÇÃO DE MÃES ACERCA DA INTER-RELAÇÃO ENTRE AMAMENTAÇÃO E SAÚDE BUCAL INFANTIL

*Risolinda Rodolfo de Sá Batista
Ryvanne Paulino Rocha
Andréa Soares Rocha da Silva
Fabiane do Amaral Gubert*

Introdução

O período da amamentação é uma das fases mais significativas da relação mãe-bebê, em que se constroem as bases necessárias para o crescimento e o desenvolvimento da criança, por meio do vínculo, do afeto e do amor ofertado de mãe para filho (JOVENTINO *et al.*, 2011).

A amamentação possui inúmeras vantagens tanto para a criança, quanto para a mãe e para a família. Para a criança, evita mortes infantis e neonatais, infecções, diarreias, além de diminuir o risco de alergias, de hipertensão, de colesterol alto e de diabetes. Outro benefício é a redução da chance de obesidade, a prevenção da desnutrição e a promoção de uma melhor nutrição. A amamentação também promove um bom desenvolvimento da inteligência, dos músculos da face e dos dentes, bem como influencia o desenvolvimento cognitivo da criança (UNICEF, 2007; AMORIM; ANDRADE, 2009; BRASIL, 2015; VICTORA *et al.*, 2015).

Quanto aos benefícios para as mães, o aleitamento materno favorece o vínculo com o bebê, promove a involução uterina e facilita o retorno do corpo materno à sua forma original mais rapidamente, previne contra o câncer de mama e cânceres ovarianos, evita nova gravidez e protege da osteoporose e do diabetes tipo 2 (LEVY; BÉRTOLO, 2012; BRASIL, 2015).

Ademais, o leite materno é importante como fonte de economia para a família, pois gera um menor custo financeiro em relação à compra de leites industrializados. Favorece uma melhor qualidade de vida das famílias, uma vez que as crianças amamentadas adoeçam menos, necessitando de menos atendimento médico, hospitalizações e medicamentos. Isso implica menos faltas ao trabalho dos pais, gerando menos gastos e menos situações de estresse (AMORIM; ANDRADE, 2009; BRASIL, 2015).

Apesar das iniciativas para promoção do aleitamento materno e da vasta literatura acerca da importância da amamentação, ainda não se realiza, na prática diária das Unidades Básicas de Saúde (UBS), uma correlação entre a amamentação e a odontologia e seus desdobramentos junto ao crescimento e desenvolvimento orofacial da criança.

Nesse contexto, destaca-se o papel da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família (ESF) como parte do cuidado integral à saúde materno-infantil, sendo ainda um grande desafio ao fortalecimento da atenção primária à saúde, à saúde bucal coletiva e à consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) (PRESTES *et al.*, 2013).

A Política Nacional de Saúde Bucal (2004) aponta a educação em saúde como um eixo norteador das ações. Os trabalhadores da unidade de saúde têm o desafio de estimular a reflexão para uma maior consciência sanitária e autocuidado junto à comunidade, trabalhando na perspectiva do empoderamento e da conscientização.

Portanto, faz-se necessário discutir e expor a importância da amamentação e sua relação com a saúde oral, bem como demonstrar a notoriedade do papel da educação em saúde no desenvolvimento da saúde bucal infantil.

O estímulo ao aleitamento materno é considerado indispensável nos seis primeiros meses de vida das crianças e é a melhor forma de

prevenção para o surgimento de atípias no sistema estomatognático, pois, por meio dele, a criança aprende a respirar pelo nariz, favorece o crescimento anteroposterior da mandíbula e desenvolve o tônus muscular facial necessário, quando da chegada da primeira dentição. Assim, o aleitamento materno propicia o desenvolvimento normal do sistema estomatognático por meio do estímulo de todas as estruturas bucais, favorecendo o correto desenvolvimento da face e da cavidade oral (ANTUNES *et al.*, 2008).

Destaca-se que a face do recém-nascido se desenvolve por meio de estímulos externos, tais como: a amamentação, a respiração e a deglutição. Sendo assim, a amamentação é importante para as estruturas estomatognáticas do bebê, pois seus côndilos e mandíbula são estimulados simultaneamente e bilateralmente, devido ao movimento muscular realizado pela criança para extrair o alimento, estabelecendo, assim, uma oclusão normal. O mesmo não acontece quando o bebê utiliza a mamadeira, pois o esforço realizado é relativamente menor, uma vez que o leite sai com maior facilidade (ANDRADE; NOGUEIRA, SOUSA, 2014).

Assim, diversos estudos apontam a associação entre o tipo de aleitamento, a presença de hábitos bucais e as más oclusões e confirmam que a chupeta, a mamadeira, a respiração predominantemente bucal e a sucção de dedo estão significativamente associadas à presença de má oclusão (FERREIRA *et al.*, 2010; MASSUIA; CARVALHO, 2012; CASTILHO *et al.*, 2012).

As funções exercidas pelo sistema estomatognático, como a respiração, a mastigação e a deglutição, podem ser alteradas ou substituídas por hábitos não fisiológicos, denominados deletérios ou parafuncionais (AGURTO *et al.*, 1999). Tem-se como exemplo de hábitos deletérios: a onicofagia ou hábito de roer unhas, o bruxismo, a respiração bucal, a interposição lingual, o ato de morder objetos, de morder lábios, de sucção de dedo, de chupeta e o uso da mamadeira (TELLES *et al.*, 2009). Esses hábitos, dependendo da sua intensidade, da força empregada e do período de duração são importantes fatores na etiologia das más oclusões em crianças (BLACK; KÖVESI; CHUSID, 1990).

Nesse sentido, a atenção à gestante é uma das possibilidades de atuação da Odontologia e o incentivo à amamentação é um dos instrumentos que o dentista pode usar na construção de uma prática voltada para a prevenção em saúde bucal. Deve-se levar em conta a prevenção da má oclusão, a conscientização dos malefícios causados por bicos e chupetas e qual a maneira de usá-los, caso seja indispensável, e as relações entre o aleitamento e o desenvolvimento da face do bebê (LIMA, 2011).

A partir do exposto e da experiência da autora como cirurgiã-dentista na ESF e como especialista em Ortodontia, surgiu o interesse pelo tema amamentação e sua influência com a instalação de hábitos deletérios. Com uma presença maior da saúde bucal dentro da ESF nos últimos anos, ocorreu uma oportunidade de implementar melhorias no processo de trabalho na atenção básica (BRASIL, 2001).

Desta forma, despertaram-se reflexões da prática do dentista na ESF, referentes à educação em saúde sobre a amamentação e a saúde bucal infantil. Isso porque que esse profissional é capaz de orientar as mulheres acerca da relevância da amamentação para o desenvolvimento orofacial da criança, evitando o surgimento de hábitos bucais nocivos e a instalação de possíveis más oclusões dentárias nas crianças amamentadas de forma insuficiente (MOIMAZ *et al.*, 2013). Assim, o objetivo deste estudo é descrever as percepções de mães acerca da inter-relação entre a amamentação e a saúde bucal infantil.

Método

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa, realizado em uma UBS do município de Horizonte, no estado do Ceará, em março e abril de 2016. As participantes que compuseram o estudo foram gestantes que faziam acompanhamento pré-natal e mulheres que tinham filhos em acompanhamento no serviço de puericultura da unidade. O número de participantes do presente estudo foi determinado pela técnica de amostragem por saturação dos dados, em que o ponto de saturação é determinado quando não há nenhuma informação nova (NASCIMENTO *et al.*, 2018).

O critério de inclusão estabeleceu-se por manifesto de interesse das mulheres público-alvo em participar do estudo e terem disponibilidade para participar dos encontros. O critério de exclusão foi de não comparecer ao encontro. As participantes que aceitaram o convite para o grupo foram esclarecidas sobre a pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias.

O percurso da coleta de dados foi por meio da realização de duas sessões de grupos focais com duração mínima de 60 minutos e máxima de 90 minutos. A primeira foi com gestantes e a segunda com mulheres, mães de filhos que estavam em acompanhamento nas consultas de puericultura da UBS escolhida como local de estudo. Ressalta-se que o grupo focal é caracterizado como uma técnica de pesquisa por meio da qual se reúne uma quantidade de pessoas com o objetivo de coletar informações acerca de um determinado tema, a partir do diálogo e do debate com e entre os participantes, sua duração deve ser de uma a duas horas (SILVA, 2013).

Cada encontro foi dividido em três momentos: acolhimento, desenvolvimento e discussão do tema e finalização com o resumo do assunto (SILVA, 2013). Todos os encontros tiveram os áudios gravados e anotações no diário de campo. Após os encontros, os áudios foram transcritos e analisados com base na técnica de análise de conteúdo.

A análise de conteúdo é uma técnica composta por procedimentos sistemáticos e tem por objetivo analisar o que foi dito nas entrevistas e/ou observado pelo pesquisador, realizando o levantamento de indicadores e permitindo a inferência de conhecimentos (BARDIN, 2011; SILVA; FOSSÁ, 2015). A escolha desse método de análise das falas pode ser explicada pela necessidade de ultrapassar as incertezas das hipóteses, de compreender os significados das falas e de desvelar as relações que se estabelecem além das falas propriamente ditas (CAVALCANTE; CALIXTO; PINHEIRO, 2014).

A primeira oficina foi realizada com as gestantes e teve como tema: “Amamentação: e agora?”. Esta oficina teve como objetivo identificar o conhecimento prévio das participantes acerca do tema proposto, além de observar quais as dificuldades e medos que as gestantes

possuem quanto à amamentação. Durante essa roda de conversa, foi realizado um levantamento das experiências e dúvidas no tocante à amamentação e qual a influência da amamentação no desenvolvimento orofacial da criança.

No primeiro momento dessa oficina com gestantes, foi realizada uma acolhida com a dinâmica de apresentação em forma de um acróstico. Todas as participantes receberam um papel e uma caneta, escreveram seu nome em forma de acróstico e colocaram sua percepção acerca de si mesma. Após a confecção do acróstico, elas se apresentaram para as outras.

Em um segundo momento, foi realizado o desenvolvimento e discussão do tema amamentação. As participantes foram divididas em grupos e construíram um mural com recortes de figuras, pincéis e cartazes com a intenção de demonstrar a percepção sobre a amamentação. Após a confecção dos cartazes, realizou-se uma roda de conversa sobre as percepções elencadas, dificuldades, facilidades e os sentimentos envolvidos nesse processo.

Posteriormente, foi abordado o assunto amamentação e o desenvolvimento orofacial, por meio da dinâmica do “repolho”, em que várias perguntas estavam escritas em uma folha e enroladas uma sobre a outra, em formato de bola, repassadas entre elas ao som de uma música. Quando a música parava, uma participante desenrolava um papel e fazia a leitura da pergunta. Todas as integrantes opinaram e participaram para a construção coletiva da resposta. Nesse momento, foram identificados e apontados os conhecimentos das gestantes acerca da relação amamentação e saúde bucal.

Outro encontro foi realizado com a utilização desses mesmos métodos, porém o público-alvo foi constituído por mulheres cujos filhos estavam em acompanhamento nas consultas de puericultura na UBS do estudo. O critério de inclusão adicionado especificamente para esse segundo grupo de mulheres era ter tido experiência prévia com a amamentação.

Os relatos durante o grupo focal foram gravados, mediante ciência das participantes. Após a captação desses dados, estes foram transcritos e procedeu-se subsequentemente a análise dos dados.

O estudo faz parte de uma pesquisa maior intitulada “Construção e validação de um *website* educativo para promoção da amamentação e prevenção de hábitos bucais deletérios”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (UFC), com o CAAE 53904216.1.0000.5054. Foram obedecidas as normas para pesquisas com seres humanos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). As informações obtidas em relação a este estudo permanecerão em sigilo, respeitando valores morais, culturais, religiosos, sociais e éticos dos participantes voluntários envolvidos.

Resultados e discussão

O grupo focal foi um momento de interação, questionamentos e percepções das participantes acerca do aleitamento materno e da saúde bucal das crianças. Assim, participaram 20 mulheres, sendo 11 gestantes e 9 mães com experiência prévia em amamentação.

Durante a realização desses dois grupos focais, percebeu-se, por meio das falas, que foram encontradas as mesmas dificuldades, anseios, dúvidas e assertivas, não diferenciando os relatos das gestantes com os das mães. Isso se deve a grande maioria das gestantes já possuir filhos e já ter experienciado, de forma positiva ou negativa, a amamentação.

Após a realização dos dois grupos, que foram executados separadamente, ocorreu a análise das falas e dos conteúdos, de acordo com a técnica de análise de conteúdo, e surgiram as seguintes categorias: I- *Amamentação e seus benefícios*; II- *Fatores que dificultam a amamentação*; III- *Hábitos bucais deletérios*. Essas categorias serão apresentadas, de forma mais detalhada, logo a seguir.

Amamentação e seus benefícios

Inicialmente procurou-se identificar o verdadeiro significado da amamentação para as mães, os bebês e as famílias e foi constatado por meio das falas o quanto o significado da amamentação é extenso, passando pelos sentimentos, vínculos, cuidados e, inclusive, a alimentação. Segundo os relatos, temos como definição de amamentação:

Amamentação é amor (M 2).
Dar de mamar é prazeroso (M 1).
Com a amamentação a criança se desenvolve muito mais rápido, criando defesas (M 6).
É proteção para a criança durante anos (M 14).
Tem que ter confiança (M 11).
É uma vitória (M 9).

A literatura ressalta que o leite humano é o primeiro alimento saudável da criança (BARROS *et al.*, 2010; OMS, 2010). Porém, o processo de amamentar vai muito além da nutrição, ele envolve uma interação profunda entre mãe e filho. Repercutirá no aspecto nutricional, gastrointestinal, imunológico, psicológico e de desenvolvimento da criança, além de oferecer benefícios para a saúde física e mental da mãe (BRASIL, 2009).

Compreende-se que a amamentação é uma fonte produtora de ricas experiências e que a amamentação envolve sua importância para a saúde do bebê e da mãe, bem como a satisfação emocional e de realização das mães em poder amamentar (MARTINS; JESUS, 2016).

A amamentação é valorizada pelas mães quanto ao custo financeiro, já que não gera problemas econômicos para a família. Esse fato foi relatado por meio das seguintes falas:

Gasta muito dinheiro com fralda e ainda tem o leite... Dá o nosso mesmo que é bom e de graça (M 20).
É mais barato o peito do que o leite em pó (M 15).

A literatura evidencia que amamentar uma criança é mais barato do que alimentá-la com leite de vaca ou fórmulas; e os benefícios são extensivos à família e à sociedade, uma vez que reduzem os custos com cuidados médicos e absenteísmo dos pais pela doença infantil (FERREIRA, 2011).

Por meio das percepções dessas mulheres, consegue-se adentrar em alguns conceitos que elas carregam consigo sobre a amamentação, como fica bastante evidente nas falas:

Todo mulher cria leite (M 17).
A gente tem que dar o nosso leite, que é melhor (M 5).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera o aleitamento materno como a melhor ação no combate à desnutrição, redução da mortalidade e melhoria das condições de vida da população infantil. Por meio dessa estratégia são fornecidos para a criança o vínculo, o afeto, a proteção e a nutrição. O aleitamento materno é a forma mais sensível, econômica e eficaz de intervenção para redução da morbimortalidade infantil (BRASIL, 2009).

Durante o grupo focal, também foi discorrido acerca da importância do apoio familiar durante todo o processo de amamentação. A rede na qual a mulher está inserida, contando com a presença da família e dos amigos é muito importante para a prevenção do desmame precoce e o companheiro possui um papel primordial no incentivo e permanência do aleitamento materno.

A gente não vive só, precisamos do apoio uns dos outros (M 11).

A gente precisa do apoio da família (M 1).

A família é responsável pelo desenvolvimento da criança (M 19).

Meu marido me ajuda (M 13).

Os pais e as mães têm que tá se ajudando (M 6).

A rede social onde a mãe está inserida é importante para a manutenção da amamentação, visto que ela é responsável pelo apoio emocional de acolher a mãe e o bebê. Essa rede também estimula o aleitamento materno proferindo comentários favoráveis, reafirmando que as dificuldades fazem parte do processo, evitando julgamentos e outras atitudes (MULLER; SILVA, 2009).

Aponta-se que a atitude, o apoio e a participação dos parceiros no cotidiano da família permitem que as mães estejam mais propensas a continuar o aleitamento materno exclusivo por seis meses (MACHADO *et al.*, 2014).

O sucesso na amamentação depende não só da família, do companheiro e da rede social que cerca as mães, mas também se faz necessária a presença de profissionais auxiliando e esclarecendo dúvidas, evitando o desmame precoce. Isso se observa por meio dos relatos abaixo:

Meus peitos ficavam doloridos, não pegava nem a pau. Aí veio a enfermeira e ajudou lá no hospital (M 3).

A enfermeira foi me visitar depois que ela nasceu (M 5).
Às vezes a gente não consegue e desiste (M 12).

Os profissionais de saúde são de grande importância no contexto da amamentação, pois suas atitudes, habilidades e seus conhecimentos apropriados proporcionam às mães orientações e conhecimentos técnicos, influenciando positivamente a duração e a promoção da amamentação (MACHADO *et al.*, 2014).

Sendo assim, as ações dos profissionais de saúde perpassam pelo empoderamento das mulheres, por meio da conscientização de seu direito de amamentar seu filho e das vantagens do aleitamento materno exclusivo. Esse acesso à informação é um fator decisivo para a escolha da nutriz de amamentar exclusivamente (BRANCO *et al.*, 2016).

Fatores que dificultam a amamentação

Dentre os fatores que interferem no processo de amamentação, o cuidado com o próprio corpo foi citado pelas mulheres. Muitas mães relatam que algumas medidas têm que ser promovidas por elas mesmas para evitar problemas em seus seios, dificultando a amamentação.

Cuidar da gente pra dar de mamar (M 4).
Tomar sol no peito (M 1).
Usar sutiã sem apertar (M 6).
Não colocar fralda no peito (M 8).
Não passar hidratante no seio (M 17).

Os achados deste trabalho contradizem o que Visintin *et al.* (2016) relataram em seu estudo, o qual indica que muitas mulheres não sabem informar sobre as complicações da amamentação, o preparo das mamas, a posição para mamar e a pega correta. Por meio das falas do grupo focal, percebe-se um conhecimento prévio das mães acerca dos cuidados que ela deve ter com o próprio corpo para obter sucesso durante a amamentação.

Diante dessas declarações, fica evidente a necessidade de orientar o aleitamento, trazendo à lactante informações que encorajem a ama-

mentação exclusiva até o sexto mês de vida da criança e que essas transmissões de informações permitam a exploração dos seus conhecimentos prévios (SHIMIZU; LIMA, 2009).

Outro fator que pode influenciar a amamentação é o conhecimento e a experiência prévia das mães com o aleitamento materno, bem como seu estado emocional.

Eu já dei de mamar duas vezes, um tinha leite e o outro não (M 4).

Quem sabe mais são as mães que já amamentaram (M 3).

Às vezes o leite não sai porque você está estressada (M 15).

Apesar da literatura não apresentar muitos estudos em relação à amamentação e à experiência prévia das mães em amamentar, um estudo revela que ter tido filhos em gestações anteriores aumenta a prevalência de amamentação exclusiva nos primeiros seis meses de vida do bebê (PEREIRA *et al.*, 2010).

Deste modo, uma atenção especial deve ser dada aos grupos de mães que não possuem experiência anterior com amamentação, reforçando a necessidade dos profissionais da saúde de continuar estimulando e apoiando a amamentação exclusiva nos bebês menores de seis meses (GUSMÃO *et al.*, 2013).

Durante os grupos focais muitas mães relataram a dificuldade em realizar o aleitamento materno exclusivo e explicaram seus reais motivos:

Dar de mamar é difícil porque a gente não pode deixar de trabalhar (M 3).

A gente tem que sair pra trabalhar, aí fica muito difícil os seis meses (M 15).

Estudos demonstram que, quando as mães retornam ao trabalho, a taxa de aleitamento materno reduz rapidamente (SKAFIDA, 2012; MACHADO *et al.*, 2014). Diante dessa necessidade, a licença-maternidade representa um importante fator de proteção e estímulo ao aleitamento materno exclusivo por seis meses (MACHADO *et al.*, 2014).

Mesmo assim, ainda hoje se verifica que a amamentação exclusiva é muitas vezes interrompida antes dos 120 dias, e poucas crianças chegam aos 180 dias sendo amamentadas (BARROS *et al.*, 2010; OMS, 2010).

Outro fator que interfere no sucesso ou no fracasso da amamentação, segundo os relatos das mães, é a influência da família e do ambiente familiar. Observa-se nos relatos o quanto as mães sofrem influência de familiares que podem levar ao desmame, e a preferência das mães em relação a um ambiente tranquilo e sereno para amamentar.

A minha sogra diz que ela vai ficar com fome e manda dar a mamadeira (M 4).

Minha mãe vive falando que se eu botar a mamadeira, ele se cala (M 9).

Na hora de dar de mamar tem menino gritando, aí atrapalha (M 4).

Quando eu dou de mamar não quero ninguém perto de mim (M 15).

Dessa forma, vale salientar que a amamentação é reconhecida como uma relação exclusiva entre a mãe e sua criança (LIMA; LEÃO; ALCÂNTARA, 2014) e a avó funciona como um apoio instrumental às mães. Suas práticas incluem manter a disponibilidade para ajudar, cuidar do bebê para que a mãe possa descansar; não sugerir o uso de mamadeira, não oferecer fórmula láctea, ajudar a posicionar o bebê durante a mamada, além de prover espaço e tempo para a amamentação, favorecendo a adaptação do ambiente doméstico (MULLER; SILVA, 2009).

Portanto, é necessário durante a amamentação manter a privacidade desse momento para que não ocorram distrações ou incômodos. O ambiente também é um dos fatores que pode levar ao insucesso dessa prática (ARAÚJO *et al.*, 2008).

O desmame foi citado pelas mulheres como promotor de mais liberdade para elas, além de que o uso da mamadeira oferece mais praticidade no dia a dia.

Só é bom porque a gente pode sair pro carnaval e não precisa carregar o menino junto (M 7).

A gente pode deixar a criança com alguém e sair pra resolver as coisas (M 15).

A mamadeira é mais prática (M 19).

A amamentação é um processo que sofre influências tanto positivas quanto negativas por diversos fatores, tais quais: características de

personalidade da mãe e sua atitude frente à situação de amamentar, condições de parto, o período pós-gestacional e o temperamento da criança, trabalho materno e as condições do cotidiano. Todos os aspectos irão interferir no desmame precoce ou na continuidade do aleitamento (LIMA; LEÃO; ALCÂNTARA, 2014).

Hábitos bucais deletérios

Os relatos apresentam o conhecimento prévio das mães sobre os efeitos que os hábitos deletérios geram na boca de seus filhos.

Eu sei que chupar o dedo entorta os dentes (M 2).

O bico deixa a boca do menino aberta (M 10).

Meu filho chupa chupeta e vive de boca aberta (M 16).

Os hábitos de sucção não nutritivos, tais como: a sucção de dedo ou chupeta, geram alterações no desenvolvimento normal do sistema estomatognático, podendo afetar desde a oclusão, o sistema mioesquelético da face, até o desenvolvimento motor-oral, respiração e habilidades orais (MOIMAZ *et al.*, 2011; SILVEIRA *et al.*, 2013).

Mesmo ciente dos danos que os hábitos deletérios podem causar na boca das crianças, o conhecimento popular impregnou uma função à chupeta como um instrumento que acalma e cessa o choro da criança. Por meio dos relatos constata-se essa visão:

O menino chora, não precisa dar o bico, pode dar um chá de camomila pra acalmar a criança (M 13).

Minha mãe sempre diz preu botar a chupeta na boca desse menino que ele para de chorar (M 19).

A chupeta na literatura é descrita como “*pacifer*” ou “*comforter*” e sua sucção é um hábito deletério que está relacionado a fatores culturais, sociais, familiares e para acalmar, tranquilizar e confortar o bebê (CASTILHO; ROCHA, 2009; PIZZOL *et al.*, 2011).

Apesar de a maioria das crianças fazer uso da chupeta, a predisposição individual, o período, a intensidade e a frequência de uso desses

hábitos irão determinar, em maior ou menor grau, o comprometimento da neuromusculatura orofacial, o crescimento craniofacial e as alterações oclusais (CHEN; XIA; GE, 2015).

Em alguns relatos foi encontrada a infantilização da criança durante o uso de hábitos de sucção não nutritivos:

Eu acho lindo ver ele chupando bico (M 11).

Tenho pena de tirar o bico dele... é meu bebê (M 3).

Um dos hábitos de sucção não nutritivos mais presente entre as crianças é o uso de chupeta, relacionado a fatores emocionais, influência familiar e necessidade de sucção prolongada (MOIMAZ et al., 2011). Ademais, quando a amamentação não é realizada ou é feita por tempo insuficiente, a criança necessita suprir suas necessidades de sucção, nesse momento, dá-se espaço à instalação de hábitos de sucção não nutritivos (PIZZOL et al., 2011; ROCHA et al., 2011; MOIMAZ et al., 2013).

Dessa maneira, quando a mãe é orientada acerca da importância do aleitamento natural, ocorre um prolongamento do período do aleitamento materno exclusivo e um atraso na oferta da chupeta (TARTAGLIA et al., 2001; WARREN et al., 2001).

Esses hábitos, uma vez instalados, apresentam dificuldade, por parte dos pais, em removê-los. As mães do grupo focal reconheceram esse problema, como podemos apresentar nas falas:

O dedo a gente não consegue arrancar (M 14).

Só depois dos 15 anos que para de chupar dedo, fica querendo namorar (M 20).

A família possui um grande poder de interferência sobre a criança. Por isso, faz-se necessário reforçar junto às mães e aos responsáveis o uso de chupetas e mamadeiras, pois, muitas vezes, sem saber dos malefícios que elas proporcionam, os pais oferecem e estimulam seu uso. Sob o ponto de vista ortodôntico, se o hábito da chupeta se estender por uma idade superior a quatro anos ou após o início da irrupção dos dentes permanentes, existe uma forte tendência de ocorrer a instalação de uma má oclusão (PIZZOL et al., 2011).

De acordo com a teoria psicanalítica, à medida que a criança amadurece, ela tende a abandonar os hábitos. A persistência desse hábito, após a primeira infância, pode ser um indício de distúrbio psicológico, sendo manifestado na criança como uma reação de ansiedade que, na grande maioria dos casos, expressa uma regressão ao comportamento infantil. Diante disso, a remoção de hábitos de sucção não nutritivos necessita de uma abordagem multidisciplinar, buscando-se obter um controle tanto para aspectos físicos como psicológicos da criança (REZENDE, 2007; PIZZOL *et al.*, 2011).

Durante os grupos focais ficou evidenciada a introdução de outros meios de alimentação para a criança, seja por meio do chá, do leite em pó ou outros, gerando o desmame precoce, o não aleitamento materno exclusivo durante os seis primeiros meses de vida do bebê e, conseqüentemente, a instalação de possíveis hábitos bucais deletérios.

Eu esperei 15 dias só no peito e o menino começou a chorar, minha sogra mandou eu dar o leite logo na mamadeira (M 15).

Minha avó ensinou que tem que dar chá de cebolinha pra ele se acalmar ou chá de camomila (M 3).

A introdução de outros líquidos na alimentação dos bebês ocorre porque as mães pensam que o leite materno, por si só, é insuficiente ou que não supre as necessidades nutricionais do filho (KISHI *et al.*, 2009).

Sendo assim, a oferta desses chás, sucos e água na alimentação de bebês menores de seis meses de vida apresenta dois pontos negativos. O primeiro é que esses alimentos aumentam os riscos de morbimortalidade por infecções, reduzem a absorção de nutrientes, além de atrasar o ganho ponderal do bebê (PARIZOTO *et al.*, 2009). O segundo ponto negativo é que essa alimentação é feita por meio da mamadeira, relacionando maiores chances de desmame precoce (FRANÇA *et al.*, 2007).

Assim, crianças que tiveram ausência da amamentação natural, sofreram desmame precoce ou que foram alimentadas com mamadeira apresentam maiores chances de desenvolver hábitos orais deletérios (ROCHELLE *et al.*, 2010; ALBUQUERQUE *et al.*, 2010; MOIMAZ *et al.*, 2011).

Apesar do discurso anterior, encontrado durante os grupos focais, acerca da introdução de outros alimentos antes dos seis meses de vida do bebê, duas mães apresentam consciência de que esse ato pode gerar o abandono da amamentação.

Não pode dar papinha, se não a criança não quer o peito (M 6).
Dê a mamadeira... Você vai ver que ela não quer mais o peito (M 2).

Ressalta-se que as crianças que fazem uso de mamadeira têm um risco cinco vezes maior de serem desmamadas antes de completarem seis meses de vida (BARROS *et al.*, 2010). Isso se deve a uma “confusão de bicos”, ou seja, a sucção do bico da mamadeira é diferente em relação à sucção do bico do seio materno, pois, durante a amamentação ao seio, o bebê necessita utilizar diversos músculos da face. Entretanto, na sucção do bico da mamadeira, a criança faz uma aspiração para manter a mamadeira na boca e a língua se posiciona de forma não fisiológica (CARVALHO; TAMEZ, 2005).

Dessa maneira, para se evitar a “confusão de bicos”, não se recomenda o uso de mamadeiras, mesmo nos casos em que a mãe não possa amamentar em todos os horários, como em situações que a mulher retorna ao serviço fora do lar e precisa fazer a ordenha manual e armazenar o leite materno extraído (SANTANA, 2012).

Além disso, constata-se que muitas famílias fazem uso da mamadeira com a finalidade de acelerar o processo de alimentação da criança, muitas vezes interferindo na fisiologia da deglutição e, gerando danos.

Eu dava água e leite na colher que eu acho melhor, mas a minha mãe não tinha paciência e empurrou mamadeira (M 9).
Às vezes a gente fura o bico da mamadeira pra descer ligeiro (M 20).

A mamadeira libera o leite com fluxo intenso, requisitando um trabalho menor dos músculos envolvidos na sucção quando comparado com o trabalho muscular realizado para a retirada do leite materno. Dessa forma, o bebê consegue saciar rapidamente sua fome sem que seja necessário muito esforço físico, e em menor tempo, não satisfazendo assim sua necessidade psicológica da sucção, levando a criança a

recorrer a substitutos de sucção, como o dedo, brinquedos, lábios e chupeta (MOIMAZ *et al.*, 2011).

Apesar de não aparecerem relatos explícitos acerca da relação entre a amamentação e a saúde bucal das crianças durante a realização dos grupos focais, vale ressaltar que se fazem necessários mais momentos de divulgação dessa relação. Além disso também é mister alertar para os benefícios da amamentação para um bom desenvolvimento e crescimento orofacial, visto que a amamentação natural previne a instalação de hábitos deletérios e, conseqüentemente, de más oclusões dentárias. Destaca-se também a necessidade de informar que o desmame precoce pode levar a hábitos de sucção não nutritivos, e a presença destes hábitos é um fator desencadeante para a instalação de más oclusões dentárias (LEITE-CAVALCANTI; MEDEIROS-BEZERRA; MOURA, 2007).

Por isso, os profissionais de saúde, inclusive o cirurgião-dentista, devem incentivar a amamentação e ressaltar suas vantagens, promovendo saúde bucal das crianças mesmo antes de seu nascimento. Devem evidenciar o papel da prevenção que a amamentação natural tem na aquisição de hábitos de sucção não nutritivos. Dessa forma, o incentivo ao aleitamento materno é importante não só para evitar desvios na oclusão, mas, sobretudo, para a promoção da saúde (MOIMAZ *et al.*, 2013).

Considerações finais

Diante do exposto, é possível concluir que as gestantes e as mães que têm filhos em acompanhamento no serviço de puericultura têm conhecimento sobre os benefícios da amamentação, sendo os aspectos financeiros também citados nos relatos. Além disso, em relação às dificuldades, os relatos mais consistentes foram acerca do preparo das mamas, a experiência prévia como fator positivo, o ambiente e fatores estressores e a influência da família quando não oferta apoio. Quanto aos hábitos deletérios, os achados foram relevantes, pois se afirmou diante dos relatos que as mulheres são cientes dos prejuízos à saúde oral da criança, mas ofertam frequentemente métodos de sucção não nutritiva, como as chupetas e mamadeiras, como forma de conforto e praticidade.

A troca de experiência durante o presente estudo oportuna a possibilidade de incorporação da temática amamentação e saúde bucal nas unidades básicas de saúde, resultando a observação da necessidade de estratégias mais efetivas de educação em saúde nessa temática pela equipe multidisciplinar, incluindo além das lactantes, a rede de apoio dessas mulheres.

Portanto, ressalta-se a importância da orientação adequada por um profissional capacitado, como o dentista, sobre amamentação e sua influência na saúde bucal infantil. A temática deve ser abordada pela equipe multidisciplinar no contexto da atenção primária e reforçada em todos os níveis de atenção direcionados à saúde materno-infantil, com incentivo e apoio ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida da criança, almejando-se a promoção da saúde bucal infantil por meio desse ato que traz tantos benefícios.

Referências

AGURTO, V. P. *et al.* Frecuencia de malos hábitos orales y su asociación com el desarrollo de anomalias dentomaxilares em niños de 3 a 6 años del área Oriente de Santiago. *Rev.Chil. Pediatr.*, v. 70, n. 6, p. 470-82, 1999.

ALBUQUERQUE, S. S. L. *et al.* A influência do padrão de aleitamento no desenvolvimento de hábitos de sucção não nutritivos na primeira infância. *Ciênc Saúde Coletiva*, v.15, n. 2, p. 371-378, 2010.

AMORIM, M. M.; ANDRADE, E. R. Atuação do Enfermeiro no PSF Sobre Aleitamento Materno. *Perspectiva online*, Rio de Janeiro v. 3, n. 9, 2009.

ANDRADE, E. S.; NOGUEIRA, D. S.; SOUSA, S. L.V. Amamentação e saúde bucal. *Jornal de Odontologia da FACIT*, v. 1, n. 1, p. 40-45, 2014.

ANTUNES, L. S. *et al.* Amamentação Natural como Fonte de Prevenção em Saúde. *Cien. Saúde Coletiva*, v. 13, n. 1, 2008.

ARAÚJO, O. D. *et al.* Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce. *Rev. Bras. Enfer.*, v. 61, n. 4, p. 488-492, 2008.

- BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BARROS, R. P. *et al.* *Determinantes do desenvolvimento na primeira infância no Brasil*. Brasília: Ipea; 2010.
- BLACK, B.; KÖVESI, E.; CHUSID, I. J. Hábitos bucais nocivos. *Ortodontia*, v. 23, n. 2, p. 40-44, 1990.
- BRANCO, M. B. R. L. *et al.* Proteção e apoio ao aleitamento materno: uma contribuição do banco de leite humano. Protection and support breastfeeding: a contribution of bank of human milk. *Revista de Pesquisa – Cuidado é Fundamental*, v. 8, n. 2, p. 4300-4312, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. *Mapa CEPs*. Abr. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde da Criança: Nutrição infantil: Aleitamento Materno e alimentação complementar*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 267/GM, de 06 de março de 2001. Aprova as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na estratégia do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 06 mar. 2001. Seção 1, p. 1.
- CASTILHO, S. D. *et al.* Prevalência do uso de chupeta em lactentes amamentados e não amamentados atendidos em um hospital universitário. *Rev. Paul. Pediatr.*, v. 30, n. 2, p. 166-172, 2012.
- CASTILHO, S. D.; ROCHA, M. A. Pacifier habit: history and multidisciplinary view. *J. Pediatr. (Rio J)*, n. 85, p. 480-489, 2009.

CAVALCANTE, R. B.; CALIXTO, P.; PINHEIRO, M. M. K. Análise de Conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. *Informação & Sociedade: Estudos*, v. 24, n. 1, 2014.

CHEN X.; XIA, B.; GE, L. Effects of breastfeeding duration, bottle-feeding duration and non-nutritive sucking habits on the occlusal characteristics of primary dentition. *Rev. Odontol. UNESP*, Araraquara. v. 40, n. 6, p. 296-303, nov./dez. 2015.

FERREIRA, C. H. J. *Fisioterapia na saúde da mulher: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 329-344.

FERREIRA, F. V. *et al.* Associação entre a duração do aleitamento materno e sua influência sobre o desenvolvimento de hábitos orais deletérios. *Rev. Sul-Bras. Odontol.*, v. 7, n. 1, p. 35- 40, 2010.

FRANÇA, G. V. A. *et al.* Determinantes da amamentação no primeiro ano de vida em Cuiabá, Mato Grosso 2007. *Rev. Saúde Pública*, v. 41, n. 5, p. 711-718, 2007.

GUSMÃO, A. M. *et al.* Prevalência de aleitamento materno exclusivo e fatores associados: estudo transversal com mães adolescentes de 14 a 16 anos em Porto Alegre. *Ciência & Saúde Coletiva, Porto Alegre*, v. 8, n. 11, p. 3357-3368, 2013.

JOVENTINO, E. S. *et al.* Tecnologias de enfermagem para promoção do aleitamento materno: revisão integrativa da literatura. *Rev Gaúcha Enferm*, Porto Alegre, v. 32, n.1, p. 176- 184, mar. 2011.

KISHI, R. G. B. *et al.* Prevalência do Aleitamento Materno Exclusivo e Fatores Associados entre as Crianças Menores de 6 Meses Cadastradas em Unidades de Saúde da Família. *Revista de Atenção Primária à Saude*, v. 12, n. 1, 2009.

LEITE-CAVALCANTI, A.; MEDEIROS-BEZERRA, P. K.; MOURA, C. Aleitamento natural, aleitamento artificial, hábitos de sucção e maloclusões em pré-escolares brasileiros. *Rev. Salud Pública*. v. 9, n. 2, 2007.

LEVY, L.; BÉRTOLO, H. *Manual de Aleitamento Materno*. Edição Comité Português para a UNICEF. Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés, 2012.

LIMA, A. A. *Odontologia e Amamentação: contribuições do cirurgião dentista para a promoção da saúde bucal*. Belo Horizonte, set. 2011. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. UFMG.

LIMA, I. M. S. O.; LEÃO, T. M.; ALCÂNTARA, M. A. R. Proteção legal à amamentação, na perspectiva da responsabilidade da família e do estado no Brasil. *Revista de Direito Sanitário*, v. 14, n. 3, p. 66-90, 2014.

MACHADO, M. C. M. *et al.* Determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo: fatores psicossociais. *Revista de Saúde Pública*, v. 48, n. 6, p. 985-994, 2014.

MARTINS, P. C. R.; DE JESUS, S. S. P. O seio como fonte de prazer e alimento: o imaginário coletivo da relação mãe-bebê no período da amamentação. *Nativa-Revista de Ciências Sociais do Norte de Mato Grosso*, v. 5, n. 1, 2016.

MASSUIA, J. M.; CARVALHO, W. O. Prevalence and associated factors of malocclusion in the primary dentition. *Revista Gaúcha de Odontologia*, v. 60, n. 3, p. 329- 335, 2012.

MOIMAZ, S. A. S. *et al.* 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, p. 31-36, 2013.

MOIMAZ, S. A. S. *et al.* Relação entre aleitamento materno e hábitos de sucção não nutritivos. *Cienc. Saúde Coletiva*, v. 16, n. 5, p. 2477-2484, 2011.

MULLER, F.S.; SILVA, I.A. Social representations about support for breastfeeding in a group of breastfeeding women. *Rev. Lat. Am. Enfermagem*, v. 17, n. 5, p. 651-657, 2009.

NASCIMENTO, L. C. N. *et al.* Theoretical saturation in qualitative research: an experience report in interview with schoolchildren. *Rev. Bras. Enferm.*, v. 71, n. 1, p. 228-33, 2018.

PARIZOTO, G. M. *et al.* Tendência e determinantes do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 6 meses. *J. Pediatr. (Rio J)*, v. 85, n. 3, p. 201-208, 2009.

PEREIRA, R.S.V. *et al.* Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo: o papel do cuidado na atenção básica. *Cad. Saude Publica*, v. 26, n. 12, p. 2343-2354, 2010.

PIZZOL, K. E. R. C, *et al.* Influência do ambiente familiar e da condição socioeconômica na introdução e na manutenção de hábito de sucção não nutritiva. *Rev. Odontol. UNESP*, v. 40, n. 6, p. 296-303, 2011.

PRESTES, A. C. G. *et al.* Saúde bucal materno-infantil: uma revisão integrativa. *Revista da Faculdade de Odontologia-UPF*, v. 18, n. 1, 2013.

ROCHA, N. B. *et al.* Relação entre aleitamento materno e hábitos de sucção não-nutritivos. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 16, p. 2477-2484, 2011.

REZENDE, É. L. L. F. Prevalência do uso de chupeta no Brasil e fatores associados. 2007. 98 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

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 Orthodontics* v. 15, n. 2, p. 71-81, 2010.

SHIMIZU, H. E.; LIMA, M. G. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. *Rev. Bras. Enferm.*, v. 62, n. 3, p. 387-392, 2009.

SKAFIDA, V. Juggling work and motherhood: the impact of employment and maternity leave on breastfeeding duration: a survival analysis on growing up in Scotland data. *Matern. Child Health J.*, v. 16, n. 2, p. 519-27, 2012.

SILVA, A. H.; FOSSÁ, M. I. T. Análise de conteúdo: Exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. *Qualitas Revista Eletrônica*, v. 16, n. 1, 2015.

SILVA, T. P. Ambientes de interação em rede para a saúde: a prática de educação e pesquisa do Núcleo de Experimentação de Tecnologias Interativas da Fiocruz no Facebook. 2013. 135 f. Dissertação (Mestrado

em Informação, Comunicação em Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Rio de Janeiro, 2013.

SILVA, Thiago Petra da. Ambientes de interação em rede para a saúde: a prática de educação e pesquisa do Núcleo de Experimentação de Tecnologias Interativas da Fiocruz no Facebook.

SILVEIRA, L. M. *et al.* Aleitamento materno e sua influência nas habilidades orais de crianças. *Rev. Saúde Pública*, v. 47, n. 1, p. 37-43, 2013.

TARTAGLIA, S. M. A. *et al.* Hábitos orais deletérios: avaliação do conhecimento e comportamento das crianças e suas famílias. *J. Bras. Odontopediatr. Odontol. Bebê*, v. 4, p. 203-209, 2001.

TELLES, F. B. A. *et al.* Effect of breast and bottle feeding duration on the age of pacifier use persistence. *Braz. Oral. Res.*, v. 23, n. 4, p. 432-438, 2009.

UNICEF (BR). *Aleitamento materno na primeira hora depois do parto pode reduzir a mortalidade infantil*. 2007. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/media_9993.htm. Acesso em: 13 mar. 2016.

VICTORA, C. G. *et al.* Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. *Lancet Glob Health*, v. 3, n. 4, p. 199-205, 2015.

VISINTIN, A. B. *et al.* Avaliação do conhecimento de puérperas acerca da amamentação. *Enfermagem em Foco*, v. 6, n. 1/4, 2016.

WARREN, J. J. *et al.* Effects of oral habits duration on dental characteristics in the primary dentition. *J. Am. Dent. Assoc.*, v. 132, p. 1685-1693, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Database on global breastfeeding and nutrition*. WHO; 2010. Disponível em: [//www.who.int/nutrition/databases/infantfeeding/en/?menu=21&cID=CAN-USA-ARE-BEL-DEN-FIN-FRA-DEU-IRLLUX-NLD-NOR-SWE-CHE-GBR-AUS-CHN-JPN-NZLSGP&iID=A01&yID=&ok=true](http://www.who.int/nutrition/databases/infantfeeding/en/?menu=21&cID=CAN-USA-ARE-BEL-DEN-FIN-FRA-DEU-IRLLUX-NLD-NOR-SWE-CHE-GBR-AUS-CHN-JPN-NZLSGP&iID=A01&yID=&ok=true). Acesso em: 15 mar. 2015.

O FENÔMENO DA MEDICALIZAÇÃO DA INFÂNCIA

Uma discussão no contexto da Atenção Primária à Saúde

*Jurema Barros Dantas
Adryssa Bringel Dutra
Ana Paula Soares Gondim*

Introdução

O presente estudo pretende apresentar algumas considerações sobre as transformações sociais ocorridas ao longo do tempo e como essa dinâmica vem instaurando uma nova forma de constituição de subjetividades e expressões de adoecimento na atenção primária. Em linhas gerais, buscamos pensar o homem contemporâneo e sua relação com a vida e o adoecimento, mais especificamente, a condição de ser criança nessa chamada era dos transtornos. Colocaremos em destaque a categoria diagnóstica do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade – TDA/H – e seu enlace com o fenômeno da medicalização da infância. Para tanto, realizamos uma revisão bibliográfica, tomando como base analisadora uma pesquisa teórico-crítica, com solo metodológico na Fenomenologia. Coloca-se em questão a própria condição de ser criança em meio aos imperativos da urgência e da impulsividade na contemporaneidade. Questiona-se, desse modo, a existência

de um mercado contemporâneo de patologização da criança, sustentado pela ideia propagada pela indústria midiática de banalização e generalização dos problemas cotidianos. Sublinha-se, neste trabalho, que não é possível compreender as subjetividades contemporâneas desconectadas do contexto no qual estão inseridas. Assim, ressalta-se que a cultura e o modo de vida hipermoderno acabam por gerar transformações importantes na forma de pensar, de sentir, de se relacionar e de sofrer do sujeito contemporâneo, sendo as próprias patologias nomeadas e identificadas seguindo o pensamento de uma época.

Charles Tesser (2006) resume a medicalização na atenção primária à saúde como o processo de medicalização social que pode ser visto como a expansão progressiva do campo de intervenção da biomedicina por meio da redefinição de experiências e comportamentos humanos como se fossem problemas médicos. A prática terapêutica do saber biomédico está centrada no diagnóstico, em que esse permite ao médico concluir sobre o que se passa, propor ações terapêuticas e executá-las; permite ao doente uma inter-relação com esse saber biomédico e sua interpretação para a situação de doença vivida. É na direção do diagnóstico que se orienta o fluxo de operações cognitivas na biomedicina. Estas são retomadas, a seguir, para uma discussão de sua relação com a autonomia do doente (TESSER, 2006). Deve-se lembrar que o âmbito da atenção primária à saúde é proporcionar uma prática interdisciplinar entre os profissionais de saúde, considerando a adoção de práticas menos medicalizantes.

As reflexões aqui presentes pretendem, em linhas gerais, pensar o homem contemporâneo e sua relação com a vida e o adoecimento, mais especificamente, a condição de ser criança nessa chamada era dos transtornos. Colocaremos em relevo o TDA/H e seu enlace com o fenômeno da medicalização da infância. Para tanto, faz-se necessário tecer algumas considerações gerais sobre o próprio processo de medicalização da sociedade e sua vinculação com os modos de subjetividade contemporâneos. Assim, iniciamos nossas discussões sublinhando que o homem contemporâneo, ao longo de poucas décadas, realizou grandes conquistas e inesperadas descobertas em diversas áreas do conhecimento, atravessando, decisivamente, seu modo de relação com a vida e

com o adoecimento. As expectativas envolvendo a qualidade de vida, envolvendo a busca por respostas rápidas e definitivas sobre viver bem, melhor, o máximo possível, tornaram-se questões fundamentais da vida cotidiana. No anseio de atender essas expectativas assistimos à construção de um cenário contemporâneo caracterizado, entre outros fatores, pela comunicação instantânea, pelos avanços consagrados da ciência e da tecnologia, pela velocidade e pelo imediatismo dos fatos e da própria vida. Imerso nesse cenário, o homem contemporâneo parece querer possuir e, acima de tudo, acreditar possuir, a cada dia, um maior controle sobre a natureza, o tempo, o corpo e a vida. Na tentativa de tudo controlar e tudo responder, o homem contemporâneo, sente-se sempre em débito, em dívida consigo mesmo e com o mundo. Uma dívida impagável na busca por corresponder aos padrões idealizados de felicidade, sucesso, beleza, juventude e bem-estar.

Essa busca incansável e cotidiana nos distancia, gradativamente, de uma compreensão da vida tal como ela se apresenta: difícil e arriscada, cansativa, trágica, por vezes, angustiante, frágil, incerta, efêmera e nos aproxima de uma compreensão dos fatos da vida como doença, como situações que impedem de viver, pensar, amar. A vida e a possibilidade de sofrimento que ela apresenta tornaram-se patológicos. Um dos traços significativos de nossa cultura, segundo Dantas (2014), é a convicção de que a dimensão trágica da vida precisa ser evitada a qualquer custo e a suposta eficácia das medicações parece ser a comprovação do entendimento das situações inerentes à vida como algo que nos cabe consertar ou ajustar. A questão da medicalização mostrou-se como um dos caminhos possíveis para amenizar os problemas da vida, a partir de uma substância que elimine nossas inquietudes, mediante uma excitação mágica. Trata-se, então, de um conjunto de práticas que acabam consolidando o medicamento como uma solução rápida para todo e qualquer problema da vida na contemporaneidade.

Ficamos anestesiados com as descobertas, cada vez mais recentes, de substâncias que prometem desde a perda de peso até a felicidade. Festejamos com certa euforia, de acordo com Dantas (2014), as maravilhas da neuroquímica da vida cotidiana, o que parece refletir um crescente anseio social por mais saúde e realização absoluta de todos os

desejos. O discurso da medicalização se mostra como uma espécie de divindade personificada em pílulas capazes de proporcionar intensas sensações ou realizar nossos maiores desejos. O discurso da medicalização sustenta um ideário em que os medicamentos representam concentrados das principais características que os indivíduos devem apresentar para sobreviver em meio à cultura contemporânea consumista, globalizada e informatizada.

O fenômeno da medicalização vai assim, rompendo as paredes dos equipamentos da atenção primária em saúde e se tornando um discurso comum, quase necessário, aquele que busca sucesso e felicidade no mundo contemporâneo. Segundo Japiassu (2005), o discurso da ciência, no nosso caso o discurso da medicalização, pode assemelhar-se ao discurso mítico quando se refere justamente à disseminação de uma cultura que exalta os efeitos dos fármacos, promovendo a crença de que “para tudo na vida há um remédio” e que estas fórmulas foram desenvolvidas unicamente “para facilitar” a vida do homem contemporâneo, não envolvendo, portanto, grandes riscos. Consumimos medicamentos que materializam essa divindade em busca do perfeito, do absoluto e da eternidade.

Medicalizando vidas, acalmando corações

A crença excessiva e, até certo ponto, ingênua no poder dos medicamentos, ao lado da crescente oferta e indicação desses produtos, com vigoroso suporte da mídia, tendem a aproximá-los da condição de fetiche inanimado da atualidade, encarnando o poder sacralizado da ciência e da tecnologia sobre a vida dos mortais. Assim como os médicos podem ser vistos como intérpretes do divino e detentores das explicações capazes de “controlar” a sociedade com seus conhecimentos. O discurso da medicalização nos contempla, nos seduz, traz respostas e alívio. Este discurso parece explicar a subjetividade por doses químicas e substâncias eficientes capazes de atender nossas demandas prontamente. Este discurso parece revelar verdades sobre nossas emoções e sensações, vendidas em caixas bonitas, em qualquer esquina, a qualquer tempo.

De acordo com Birman (2001) para que seja prescrito um tratamento baseado nas “novas tecnologias disponíveis no mercado”, não precisamos visar à cura, no sentido clássico da medicina clínica, mas apenas a regulação do mal-estar. De acordo com este modo de compreensão, todas as dificuldades da vida passam a ser consideradas problemas médicos solucionáveis através de fórmulas farmacêuticas. Uma fórmula infalível, “capaz de afastar com um sopro as nuvens negras e as preocupações que assombam a mente, inundando-a suavemente de um bem-estar indizível, como nos melhores dias de nossas vidas” (GIANETTI, 2006, p. 179). Com isso, nossos problemas cotidianos são vistos como “sofrimentos” que devem ser aliviados por terapias, medicamentos, distrações vultosas nesta rede de consumo e novidades instantâneas e intermitentes que pretendem agradar todos os gostos. Isto porque no cenário contemporâneo não há espaço para sofrimento, tristeza, imprevisto, morte, doença, enquanto fatores naturais da vida humana. O desprazer, o incômodo, o cansaço, o mal-estar, enfim, qualquer negação que se interponha a uma vida de infinitos prazeres e realizações deve ser rapidamente aniquilada: os indivíduos se tornam cada vez mais intolerantes diante de qualquer ameaça de desconforto.

Assim, a medicina vai, aos poucos, se tornando mais um bem de consumo e o vocabulário médico transborda as fronteiras da ciência e da saúde, invadindo nossa linguagem cotidiana. A cada dia o processo de medicalização se revigora com diversas drogas facilmente receitadas pelo saber médico, pelo balconista da farmácia ou pelo “amigo” de plantão. Neste sentido, a noção de que se possa encontrar saúde em produtos vendidos em drogarias parece uma constante: o mito da saúde em pílulas. Há uma crescente crença de que a farmacologia, apoiada na química e na biologia, dispõe de pílulas e de métodos capazes de enfrentar, senão todas, a grande maioria das doenças e dos problemas cotidianos, promovendo a saúde e o bem-estar a quem se dispuser (e puder) pagar por suas fórmulas. Por intermédio dos mais variados meios de comunicação, o indivíduo entra em contato com tudo que o mercado põe à disposição para “melhorar” e “facilitar” a vida atual. Os remédios, no imaginário popular, se tornam subsídios para que os indivíduos possam viver melhor e com prazer todas as situações de seu cotidiano.

Trata-se, de acordo com Aguiar (2004), de converter em problemas de saúde determinadas dificuldades relacionadas à vida dos indivíduos; transformar determinados estilos de vida em necessidades médicas. Nesse sentido, os medicamentos passaram a ocupar um novo lugar no imaginário social, deixando de ser mercadorias simplesmente curativas para se tornarem signos de beleza, felicidade, prazer, tranquilidade, sucesso, ou seja, produtos capazes de adequar o funcionamento fisiológico e psicológico do organismo às exigências da atualidade.

A medicina passa a intervir na saúde dos indivíduos que não estão doentes, mas que demandam ajuda farmacológica para lidar com as dificuldades da existência. As pessoas estão cada vez mais recorrendo aos medicamentos para suportar as pressões e os sofrimentos gerados pela vida contemporânea (AGUIAR, 2004, p. 137).

Assim, a medicalização da vida contemporânea, ao invés de promover uma saúde inabalável tal qual é prometido nas propagandas de medicamentos, parece estar conduzindo nossa sociedade a uma nova enfermidade: a dependência farmacêutica.

Vale ressaltar que os medicamentos não são um mal em si; seus efeitos são bastante potentes e inquestionáveis. O problema se dá quando se passa a acreditar que tudo é doença, que toda manifestação de sofrimento só pode ser efeito de um distúrbio cerebral, que toda tristeza é depressão, que toda agitação e bagunça é hiperatividade, que toda ansiedade é pânico, enfim, que toda crise é um problema médico.

Medicalizando a infância

Os estudos sobre a criança, bem como o interesse na área da saúde por questões relativas à infância se constituem como um campo de investigação relativamente novo, o qual vem se expandindo de maneira notável nas últimas três décadas. (FLEITLICH; GOODMAN, 2000). A clínica médica com esse público se iniciou a partir de uma reflexão sobre a deficiência mental (KAMERS, 2013), quando surgiu uma noção de infância com alguns autores clássicos como Philippe Ariès. A iconografia produzida por Ariès, *História Social da Criança e*

da Família (1978) se apresenta como uma importante fonte de conhecimento sobre a infância, sendo considerada por autores, a citar Del Priore (2004) e Freitas (2001), como um trabalho pioneiro na análise e concepção da infância. Segundo Ariès (1981), historiador francês, somente por volta do século XIII começaram a surgir representações do que conhecemos hoje como criança.

Durante muito tempo as crianças foram vistas como adultos em miniatura buscando-se aplicar às crianças a mesma lógica de estudo e apropriação utilizados com os adultos. Foi somente por volta do século XVII, quando a noção de infância ganhou mais importância, que surgiu um olhar específico para esse público, entendendo que os modelos de compreensão sobre o ser adulto não atendiam às demandas e características próprias e particulares da infância. Segundo Kamers (2013), a infância passou, então, a ser objeto de disputa de poderes, ocasionando uma nova produção de saberes e práticas sobre a criança. “O cuidado com a criança ultrapassou, desse modo, a fronteira entre família e escola, sendo abarcado pelo discurso médico sobre a infância” (VORCARO, 2011 p. 220). Desse modo, as intervenções e o conhecimento sobre a criança e seus modos subjetivos passaram para o campo de domínio médico-psiquiátrico, gerando as bases para o surgimento de uma psiquiatria infantil, que na contemporaneidade se sustenta fundamentada em uma lógica medicalizante.

Na sociedade contemporânea a medicalização, conforme supracitado, surge como um fenômeno através do qual a vida humana passa a ser conduzida pelos conhecimentos médicos, passando a interferir diretamente nos modos subjetivos e sociais dos sujeitos. As crianças não escapam a essa lógica perversa. Tem-se nos diagnósticos uma legitimação e validação do saber médico-psiquiátrico que acaba por encontrar no medicamento a resolução de todos os problemas da atualidade, incluindo o ser-criança. Ser-criança, na hipermodernidade, tem se transformado em um risco, encarado como um perigo para a família e para a escola, que se respaldam no saber médico para estabelecer o que é entendido como normal ou o que é considerado patológico. A partir desse processo, a medicalização infantil toma um lugar central nas discussões acerca das questões da vida da criança, relacionando-se as-

pectos cotidianos e particulares dessa fase do desenvolvimento, bem como sofrimentos e dificuldades, inerentes à condição de ser criança, a transtornos mentais. Desse modo, o saber médico se associa ao desejo por uma solução rápida de uma sociedade imediatista, tornando o medicamento solução “milagrosa” para os problemas de saúde das crianças e da vida. O diagnóstico, respaldado no saber médico, se torna um alívio para os pais, uma vez que o problema é identificado e medicado, atendendo aos apelos da sociedade contemporânea que busca instantaneidade e que tem sede de resoluções fáceis.

A busca pelo conhecimento da origem, dos meios de avaliação e do tratamento dos transtornos infantis aumentou notavelmente nos últimos anos, assim, o diagnóstico de problemas de saúde mental em crianças e adolescentes brasileiros têm se tornado frequentes, conforme evidenciam as taxas de prevalência, variáveis entre 8% e 35% (BORDIN; PAULA, 2007).

O diagnóstico de crianças com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade – TDA/H – tem sido cada vez mais comum entre os diagnósticos identificados na população infantil. Desse modo, características que se referem à impulsividade, à hiperatividade e à desatenção estão sendo diagnosticadas sob o rótulo de TDA/H. Questiona-se, dessa forma, em que medida as características que anteriormente eram entendidas como próprias da infância, hoje, passam a ser chamadas de transtorno mental, sustentadas e legitimadas por um manual, a exemplo do DSM V, que carrega em sua natureza diversos transtornos, só à espera de uma padronização de comportamentos e subjetividades. Vale ressaltar que entendemos que transtornos existem e que medicamentos, em alguns casos, são de extrema valia. Porém, o que se discute é a banalização desse diagnóstico e da prescrição de psicofármacos como único meio eficaz e legítimo de tratamento e cuidado com essas crianças. A criança que brincava em qualquer lugar, que falava fora de hora, que por vezes era impulsiva e espontânea, na contemporaneidade é a criança TDA/H, que foge aos padrões perversos que a sociedade, a família, a escola e os médicos consideram “normais”. Tem-se, assim, como destino certo o rótulo e o estigma de ser uma (criança) TDA/H, deslocando para a esfera biológica todos os problemas e dificuldades da infância.

De acordo com Dantas e Moura (2011), em tempos hipermodernos, prevalecem as sociedades centradas no desempenho e na excelência, em que os indivíduos devem ser, em todos os âmbitos, operacionais e superativos, o que reflete a influência com que incide o discurso técnico-científico sobre as formas de estar no mundo. As expectativas em relação à criança seguem essa mesma lógica. Cabe à criança manter um padrão de excelência na escola, nas relações, nas atividades e sobre as emoções. Caso contrário, o “desvio” é patologizado e submetido à diversos psicotrópicos. Assim, percebe-se um movimento de patologização da existência, que discrimina ou exclui todas as formas de subjetividade que fogem a um determinado padrão pré-estabelecido culturalmente (DANTAS; MOURA, 2011). Os efeitos dessas práticas para a construção da subjetividade infantil e para o próprio processo de desenvolvimento pode ter consequências sérias. A criança passa a ser, então, rotulada e estigmatizada como “doente mental”, construindo sua subjetividade a partir de uma categoria diagnóstica presente em manuais de saúde mental. A partir da discussão, questiona-se qual o lugar destinado ao ser criança na contemporaneidade e em que medida as crianças de hoje não seriam um reflexo de uma sociedade que se constitui sob o imperativo da urgência e da impulsividade.

Criança TDA/H: o diagnóstico como prática perversa

Atualmente, com a popularização e difusão, por meio da indústria midiática, dos nomes e das explicações acerca dos transtornos mentais, tem-se assistido a um número cada vez maior de pessoas identificadas com algum sintoma relacionado a transtornos de diversas ordens. Conceitos como depressão, pânico, TDA/H, que antes pertenciam aos campos de estudos dos saberes médicos e psicológicos, hoje são difundidos em massa aos telespectadores, que acabam por procurar especialistas que apenas legitimem um diagnóstico com o qual o próprio sujeito já chega ao consultório: “não consigo me concentrar por muito tempo em uma atividade e estou ansioso”; “Ouvi falar que Ritalina ajuda”. Tais discursos, poderíamos dizer, seriam fáceis de escutar hoje em dia em muitos consultórios. Os sujeitos são bombardeados por uma

quantidade enorme de informações, que, se por um lado podem contribuir para desmistificar e esclarecer dúvidas acerca da doença mental, podem, também, levar a uma rotulação e cronificação do problema ou ainda provocar uma grande confusão entre condições inerentes à vida e patologias. Os meios de comunicação de massa, bem como o senso comum, desenvolvem uma conceituação dos transtornos mentais e passam a utilizá-las no seu modo de vida. Os sujeitos que possuem um diagnóstico convertem-se, por assim dizer, em consumidores de uma nova indústria que surge: a farmacêutica.

A vida que é repleta de fatos, de emoções, de situações agradáveis e desagradáveis, de disposições e indisposições acaba por ser colocada em uma ordem de normal e patológico, instaurada sob uma lógica de que qualquer sensação de incômodo ou desconforto deve ser eliminada. O exagero no uso destas informações diagnósticas, gerando uma consequente patologização da vida, tende a categorizar qualquer sensação desagradável em algum transtorno, levando a sociedade a buscar um ideal inalcançável de saúde mental, bem-estar e equilíbrio. Ter um modo ideal de existir e de ser no mundo gera consequentemente formas de existir “certas” e outras “desviantes”. Desse modo, sentimentos de tristeza, de ansiedade, de medo, de impulsividade e de agitação passam a ser, na contemporaneidade, sintomas de um transtorno. Delimitados por um modelo de classificação e avaliação diagnóstica, como o *Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM), da Associação Psiquiátrica Americana, utilizado como referência da prática clínica em saúde mental por muitos profissionais de saúde. O DSM é um exemplo típico de expansão do fenômeno da medicalização entre os meados do século XX e início do século XXI. Sua primeira edição data de 1952 com 108 disorders mentais e a sua quinta e atual edição, lançada no ano de 2013, com 306 transtornos mentais, ou seja, uma ampliação na classificação de 198 transtornos mentais em 61 anos de existência do Manual. E é justamente na terceira edição, em 1980, que a psiquiatria biológica e o desenvolvimento de psicofármacos exercem influência em sua produção, contexto em que surge o suposto TDA/H em sua primeira designação.

Segundo o Brasil (2018), muita atenção deve ser dada ao uso de medicamentos para o tratamento do transtorno de déficit de atenção

com ou sem hiperatividade (TDA e TDAH); pois, de acordo com os dados do Ministério, o relatório da Junta Internacional de Fiscalização de Entorpecentes (JIFE), aponta que a partir dos anos 2000, o uso do metilfenidato cresceu em todo o mundo, acompanhado das discussões sobre o seu mau uso. Em 2014, foram fabricadas 62 toneladas desse fármaco, e em 2016, esse número aumentou para 74 toneladas, a maior taxa já observada. Nesse contexto, utiliza-se da lógica equivocada de que é mais fácil medicar a criança do que avaliar toda sua biografia bem como seu contexto educacional, social e familiar.

Podemos reconhecer que o diagnóstico do TDAH ou TDA deve ser considerado dimensional, haja vista envolver padrões de comportamento que são típicos de determinadas faixa etárias. Assim, se torna imprescindível fazer uma análise criteriosa, multiprofissional e interdisciplinar entre benefício e risco antes de se iniciar a administração de medicamentos para tratamento do transtorno do déficit de atenção, principalmente quando o prognóstico for de um possível tratamento de longo prazo. Devem ser consideradas, com relevo, alternativas terapêuticas não farmacológicas, como intervenções sociais, psicológicas e comportamentais. Neste sentido, o uso de medicamentos para o tratamento do transtorno do déficit de atenção com ou sem hiperatividade deverá ser prescrito apenas quando, e se, estritamente necessário.

Segundo Ferrazza e Rocha (2011), o cenário atual é marcado pelo uso irrestrito da classificação psiquiátrica, principalmente no que se refere ao público infantil, cujas questões e problemas têm sido tomados por discursos e práticas médico-psiquiátricas e considerados psicopatologias tratadas por uma terapêutica que encontra no arsenal psicofarmacológico sua principal ferramenta. Como evidência dessa patologização da infância, tem-se a expansão do diagnóstico de “Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade” e dos medicamentos a ele associados.

O saber médico passa a ser supremo em descrever e ditar o que é ser criança. Mais do que os pais, os familiares e a escola, o médico é aquele que mais sabe sobre a criança e o que melhor pode ajudar a resolver o problema de todos, pois ele tem ao seu alcance a fórmula mágica de resolução dos problemas da vida: o medicamento. Ao buscar por especialistas, pais e professores, esperam que seja encontrada a

causa biológica para o “problema” vivido pela criança, assim pode-se obter, de maneira fácil e rápida, a solução. A criança, sob os efeitos de substâncias à base de metilfenidato e tantos outros psicofármacos passa a ser a criança dos sonhos dos pais, comportada, atenta, que dorme bem, porém, é roubada no que ela tem de mais próprio: sua irreverência e espontaneidade. Criam-se diagnósticos, classificam-se sintomas e vendem-se medicamentos. A infância passa a ser diagnosticada em uma lógica perversa na qual padronizam-se o ser criança, aprisionando-o em uma categoria diagnóstica. O estigma representa a perda de liberdade do sujeito, excluindo-o e atribuindo-lhe uma nova identidade, a de doente mental. “Baseando-nos nessas preconceções, nós as transformamos em expectativas normativas, em exigências apresentadas de modo rigoroso” (GOFFMAN, 1988, p. 12). Assim, cada vez mais as famílias se veem desobrigadas a procurar as raízes da tristeza, do mal-estar ou do desajuste do indivíduo em questão. E as crianças passam a ter a sua identidade relacionada a um rótulo que a limita em seu vir-a-ser, em suas possibilidades de ser qualquer coisa, além de hiperativo, inquieto, impulsivo. O crivo do pré-concebido, então, marginaliza o diferente, identificando-o como algo negativo, que deveria ser combatido e eliminado (LUENGO, 2010).

Diante de tal contexto, deparamo-nos possivelmente com uma geração que cresce encorajada a depender de drogas psiquiátricas para lidar com suas emoções e dificuldades. Observamos entorpecidos a retirada da espontaneidade infantil e a proliferação de um processo de estigmatização em relação à criança, que diante de tantos meios eficazes de coerção e padronização, acaba acreditando que não é capaz de lidar com seus possíveis problemas e que, de fato, são tudo aquilo que dizem dela, necessitando impreterivelmente recorrer às soluções mágicas que o medicamento pode proporcionar.

O diagnóstico ainda se sustenta como uma prática comum e irretirada, sendo considerado um facilitador do diálogo entre os diferentes profissionais de saúde e seus manuais classificatórios, como a última versão do DSM, que ainda vendeu mais de seiscentas mil cópias (CROMBY; HARPER; REAVEY, 2007). Quando se constata a difusão e o crescimento do saber acerca da psicopatologia infantil, no caso o

TDA/H, depara-se com uma disseminação de diagnósticos que parecem não estar associados a problemas resultantes das condições sociais e subjetivas das crianças, bem como de crises advindas do próprio processo do desenvolvimento infantil. Para tanto, é necessário atentar que há uma criança por traz do tão forte e bem estabelecido rótulo. Há uma criança que se relaciona que se envolve afetivamente e emocionalmente nas relações, e que é afetada por elas. “Existência é um contínuo vir a ser, um sempre ainda não, com a possibilidade de um poder ser. Desse modo, é totalmente inaceitável a rotulação do ser humano, aprisionando-o dentro de determinadas categorias diagnósticas” (ANGERAMI, 1984, p. 41).

Nota-se, no âmbito das práticas em saúde na atenção básica, a dificuldade de implementação e execução das políticas já existentes e daquelas voltadas aos grupos em situação de vulnerabilidade. Percebe-se essa dificuldade tanto pelo despreparo de alguns profissionais de saúde para lidar com determinadas populações, no caso deste estudo, crianças, assim como dos professores nos cursos de formação superior e complementar na área da saúde que preocupam-se em ofertar um conjunto de conteúdos apartados das verdadeiras demandas e desafios que esse futuros profissionais irão enfrentar. Este cenário reforça a importância da execução de políticas específicas aliadas à Política Nacional de Humanização bem como a dinâmica de uma educação em saúde efetiva e projetos políticos pedagógicos educacionais vocacionados às novas realidades sociais.

Sociedade hiperativa ou criança hiperativa?

Vivemos hoje em uma época que Lipovetsky (2004) veio a chamar de hipermodernidade. Tem-se como reflexos próprios desse tempo uma sociedade que

adquire uma velocidade espantosa, passando a interferir diretamente em comportamentos e modos de vida, na medida em que define a situação paradoxal da sociedade contemporânea, dividida de modo quase esquizofrênico entre a cultura do excesso e o elogio da moderação (LIPOVETSKY, 2004, p. 54).

Observamos ao mesmo tempo que integramos, na hipermodernidade, uma propagação de uma cultura do excesso e da urgência. O tempo torna-se algo precioso e que não pode ser desperdiçado. Todas as coisas se tornam intensas e urgentes. O movimento é acelerado e o tempo parece ser efêmero, a flexibilidade e a fluidez aparecem como tentativas de acompanhar essa velocidade. Tudo está na potência máxima. O sujeito que se intitula como hipermoderno não é só aquele que é feliz, mas que experimenta dessa felicidade ao extremo. Portanto, não há espaços para sofrimento e desconfortos. O projeto contemporâneo de felicidade e bem-estar a todo custo é urgente. Como aponta Lipovetsky (2004), a hipermodernidade constitui uma época marcada por características como a da cultura do excesso, da urgência, do hiperconsumo e da fluidez.

Os sujeitos estão sempre conectados, hiperatentos a tudo que está acontecendo no mundo e envolvidos em diversas atividades. A tecnologia transformou-se na grande aliada do homem hipermoderno. A comunicação é rápida, os relacionamentos são efêmeros, a vida passa de forma acelerada, as emoções são fluidas e o prazer imediato é o alvo a ser alcançado a todo custo. O homem hipermoderno, parece, então, ser *hiper* em tudo. É um homem que não tem tempo nenhum devido a suas atividades de trabalho, sempre pressionado a ser o melhor, mantendo um padrão de excelência e perfeição característicos dessa sociedade. É um homem que não tem tempo para ficar doente, recorrendo a soluções rápidas e instantâneas com fins de cura. É um homem que quer se relacionar com todos através das mais diversas e criativas redes sociais, mas que permanece vazio em seus sentimentos. É um homem que não tem tempo para brincar com os filhos, pois sempre há algo mais urgente a fazer e a realizar. É um homem que, apesar de se ter tudo e poder ser tudo, não se reconhece. São esses homens de uma sociedade que, em certa medida é hiperativa, que são os primeiros a nomearem as crianças, também imersas nesse contexto, como crianças com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. Desse modo, parece que a sociedade começa a identificar toda uma geração que cresce e se desenvolve nessa sociedade hiperativa, sendo convocada a também responder o grito de urgência que suscita os tempos hipermodernos.

Em uma sociedade que se constrói sob a lógica de quanto mais ativa melhor, quanto mais dinâmico mais rentável, quanto mais flexível mais aproveitável, os adultos acabam por inserir as crianças em uma rotina intensa pautada na atividade. Não há tempo “ocioso”, as crianças vão para a escola, para a aula de inglês, praticam algum esporte, fazem atividades lúdicas e vão a médicos constantemente. Nos tempos “livres” brincam com os mais variados dispositivos eletrônicos, sendo submetidos aos mais diversos estímulos visuais e sonoros. Acordam, muitas vezes, sob o grito dos pais de que eles têm que serem rápidos, que estão atrasados e que não há tempo. Estudam pressionados a serem os melhores, terem as melhores notas, a serem os primeiros da classe, ensinando desde cedo a lógica de que o sucesso só depende de você mesmo. Não fazem esporte por prazer, mas praticam vôlei, futebol, karatê e natação, em busca do bem-estar físico, tão desejado na nossa sociedade.

Assim, em uma sociedade hiperativa como a nossa, as crianças que se adaptam e tem seu modo de ser e estar no mundo perpassado por essa lógica da agilidade e intensidade são tidas como desajustadas, como as crianças TDA/H de hoje. As crianças ativas em sua máxima, desatentas e impulsivas, passam a interferir na dinâmica dos adultos que também têm pressa, que também são ativos e que não podem perder tempo com as questões da criança. Não há culpa de ninguém, não há responsabilidade dos pais que não conseguem impor limites, já que a própria sociedade não os impõe, não há falhas no modelo educacional tradicional, não é uma culpa das crianças. É um transtorno. Leva no médico. Medica. A criança fica “quieta”. Resolve. Rápido. Como uma fórmula mágica tudo pode ser resolvido de uma forma veloz. Desse modo, questionamos em que medida viver em uma sociedade hiperativa, torna-nos, em certa medida, também sujeitos hiperativos.

Entende-se que as características dos sujeitos e seu modo de existir são diretamente influenciados pelas características da sociedade na qual se encontram inseridos. Tem-se como consequência, que as formas de adoecimento, sofrimento, patologia são diretamente marcados pelos modos de vida contemporâneos. Como nos diz Basaglia (2005), a loucura e a patologia são socialmente construídas.

Considerações finais

As reflexões realizadas ao longo deste capítulo tiveram por objetivo pensar o homem contemporâneo e sua relação com a vida e o adoecimento, mais especificamente a condição de ser criança na atualidade e o lugar que os medicamentos e os diagnósticos vêm ocupando na chamada era dos transtornos.

O cenário atual marcado pelo uso irrestrito das tecnologias passa por transformações rápidas. O homem, imerso nesse contexto, submetido aos mais diversos e variados estímulos, vive sob a máxima da urgência e da performance. Assim, assistimos a uma nova dinâmica na maneira como o sujeito se relaciona, se comunica e se percebe, interferindo, conseqüentemente, sobre os seus modos de subjetivação. Imerso nesse cenário, o homem acaba por ter sua subjetividade e seus modos de existir perpassados por uma lógica de patologização daquilo que não corresponde ao padrão esperado. Impossibilitado de sofrer e obrigado a seguir parâmetros previamente dados sobre o bom viver na atualidade, qualquer perturbação e incômodo é tomado como patológico e, como tal, deve ser medicado.

Esse contexto de patologização e normatização incide sobremaneira nas crianças. A espontaneidade e a irreverência, parecem ceder lugar para os inúmeros transtornos presentes nos manuais diagnósticos. A criança da atualidade é a criança TDA/H, que vive e se desenvolve sob o rótulo de uma doença, encontrando nos fármacos a base de metilfenidato a solução de todos os “problemas”. O saber médico legitima as afirmações dos educadores de que os problemas no comportamento ou na escolarização são das crianças. Assim como os pais, em uma busca desenfreada por controle e padronização, se baseiam na escola e se apoiam no receituário médico. Por instantes há uma perda coletiva de memória sobre nossos próprios comportamentos na tenra infância. Um esquecimento sobre peraltices e birras que em tempos atuais também seriam tomadas como sintomas de hiperatividade. De forma nostálgica sentimos falta dos tempos em que ser criança era simplesmente ser alguém em descoberta que se aventura, erra, chora e nunca deixou de ser reconhecida nessas condições.

Desse modo, esse capítulo é uma convocação para refletirmos em que medida essas transformações impactam os modos de existir da criança, transformando aspectos subjetivos, próprios de certa fase do desenvolvimento, em patologias e, conseqüentemente, recorrendo-se ao uso de medicamentos para a solução dos desvios infantis.

Evidencia-se, assim, que há uma imperiosa necessidade de reflexão na atualidade sobre a transformação de características naturais do ser humano, em especial a criança, em patologias e, por consequência, o uso excessivo de medicamentos. O Brasil é um dos países em que essa patologização da vida tem sido mais intensa e extensa, despontando nas estatísticas como um dos maiores consumidores de substâncias psicoativas legais. Precisamos nos interrogar como os problemas afetivos e pedagógicos que atingem as crianças são ignorados e substituídos por diagnósticos de transtornos de ordens diversas. Faz-se necessário problematizar as consequências dos diagnósticos em que o ser humano, sua individualidade e subjetividade são anulados a partir do conceito de patológico. Assim, o fenômeno da medicalização torna-se uma questão de política pública de saúde e, como tal, precisa ser pensada em termos éticos e sociais a fim de que possamos priorizar a promoção de qualidade de vida para a população.

Referências

AGUIAR, A. A. *Psiquiatria no Divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004.

ANGERAMI, V. A. *A Atuação do Psicólogo no Contexto hospitalar*. São Paulo: Traço, 1984.

ARIÈS, P. *História social da criança e da família*. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

BASAGLIA, F. *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BIRMAN, J. *Mal-estar na atualidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

BORDIN, I. A. S.; PAULA, C. S. Estudos populacionais sobre saúde mental de crianças e adolescentes brasileiros. In: MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F.; R. Kohn (Org.). *Epidemiologia da saúde mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed, 2007, p. 101-118.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Uso de Medicamentos e Medicalização da Vida: recomendações e estratégias*. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

DANTAS, J. B. *Angústia e Existência na contemporaneidade*. Rio de Janeiro: Rubio, 2011.

DANTAS, J. B. *Tecnificação da Vida: uma discussão sobre o fenômeno da medicalização na sociedade contemporânea*. Curitiba: CRV, 2014.

DANTAS, J.; MOURA, M. Depressão: mal da humanidade? Possíveis relações entre Depressão, saber “psi” e modos contemporâneos de subjetivação. *Mnemosine*, v. 7, n. 1, p. 79-97, 2011.

FERRAZZA, D. A.; ROCHA, L. C. A psicopatologização da infância no contemporâneo: um estudo sobre a expansão do diagnóstico de “transtorno de déficit de atenção e hiperatividade”. *Revista Internacional Interdisciplinar Interthesis*, v. 8, n. 2, p. 237-251, 2011.

FLEITLICH, B.; GOODMAN, R. Epidemiologia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. São Paulo, v. 22, p. 2-6. 2000. Suplemento 2.

GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.

JAPIASSU, H. *Ciência e Destino Humano*. Rio de Janeiro: Imago, 2005.

KAMERS, M. *A fabricação da loucura na infância: psiquiatrização do discurso e medicalização da criança*. *Estilos da Clínica*, v. 18, n. 1, p. 153-165, 2013.

LUENGO, F. C. Patologização e medicalização infantil: vigilância punitiva. In: LUENGO, F. C. *A vigilância punitiva: a postura dos educadores no processo de patologização e medicalização da infância*. São Paulo: UNESP; Cultura Acadêmica, 2010. p. 59-79.

VORCARO, A. O efeito bumerangue da classificação psicopatológica da infância. *In*: JERUSALINSKY, A.; FENDRIK, S. (Org.). *O livro negro da psicopatologia contemporânea*. São Paulo: Via Lettera, 2011. p. 219-229.

CONSTRUÇÃO DE UM FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA

*Adriana Oliveira Souza De Tullio
Karla Verbena Salviano Cavalcante
Maria Sabrinny Martins Rodrigues
Marcelo José Monteiro Ferreira*

Introdução

A Saúde Pública no Brasil é alicerçada em um modelo de atenção no qual se busca a articulação entre as ações assistenciais, de promoção e vigilância em saúde com vistas à integralidade do cuidado com os usuários dos serviços. Pauta-se pelo enfoque dos Determinantes Sociais em Saúde (DSS) como marco explicativo para o entendimento do binômio saúde-doença, envolvendo toda a complexidade dos fatores biopsicossociais. Dentro deste escopo está incluída a violência em suas múltiplas formas. O conjunto destes elementos está alinhado aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007).

A temática da violência ganhou mais força no âmbito do SUS no ano de 2001 com a aprovação da Portaria nº 737 MS/GM de 16 de maio de 2001. Esta Portaria trata da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV), a qual rea-

firma a necessidade de um olhar para a violência como um importante problema de saúde pública (EGRY, APOSTOLICO, MORAIS, 2018).

No tocante à violência que atinge as crianças e adolescentes, especialmente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabelece que todas as formas de maus-tratos emocionais e/ou físicos, abuso sexual, negligência ou tratamento negligente, exploração comercial ou outras formas de exploração, podem resultar em danos potenciais ou reais à saúde desta população específica. De acordo com o Boletim Epidemiológico da Secretaria de Vigilância à Saúde, do Ministério da Saúde (2018), no período de 2011 a 2017, foram notificados no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), 1.460.326 casos de violência interpessoal ou autoprovocada. Desse total, foram registradas 219.717 (15,0%) notificações contra crianças e 372.014 (25,5%) contra adolescentes, concentrando 40,5% dos casos notificados nessa faixa etária. Nesse período, foram notificados 184.524 casos de violência sexual, sendo 58.037 (31,5%) contra crianças e 83.068 (45,0%) contra adolescentes, concentrando 76,5% dos casos notificados nesse público. Os dados mostram um aumento de 83,0% nas notificações totais de violências sexuais, sendo este aumento de 64,6% e 83,2% nas notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes, respectivamente.

Sob o olhar da epidemiologia, no Brasil, apenas na década de 1980, a violência na infância passou a ser uma preocupação e alvo de reais intervenções pelos setores governamentais. A promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) foi um marco e trouxe a garantia de direitos, passando a tratá-los como prioridade. O estatuto repudia qualquer forma de violência, pois considera sua maior vulnerabilidade e delibera sobre a necessidade de proteção e segurança, tendo em vista tratar-se de seres em desenvolvimento, dos quais todos os aspectos físicos, emocionais e sociais, devem ser considerados, bem como suas repercussões sobre a saúde (ROSEMBERG, MARIANO, 2010). Desta forma, exige a articulação de uma rede de assistência para o seu reconhecimento e enfrentamento, pois apenas articulando diversos instrumentos, dos mais diversos setores (saúde, assistência social, educação etc.) é possível negociar e partilhar recursos necessários para o adequado acolhimento daqueles que sofrem atos violentos (BRASIL,

2010). A falta ou deficiência desta assistência em rede configura um entrave e, muitas vezes, motivo de descontinuidade das ações necessárias para o enfrentamento da violência. Apenas com o compartilhamento do poder institucional, a troca de informações, o aperfeiçoamento dos processos e relações de trabalho, um fluxo garantido pelas diversas instituições envolvidas e a atualização dos dados epidemiológicos é que o atendimento às vítimas de violência pode ser assegurado de maneira plena (PAIXÃO, DESLANDES, 2011).

Na atual configuração do SUS, a Atenção Básica detém uma maior capacidade de identificar situações de violência. Em especial por conta da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que possibilita às equipes de profissionais estarem geograficamente mais próximas das famílias, potencializando um maior envolvimento e vínculo com a população assistida, seja de maneira individual ou coletiva (EGRY, APOSTOLICO, MORAIS, 2018). Além disso, a ESF possui a peculiaridade de contar com diversas categorias profissionais que, trabalhando de forma articulada, possuem um grande potencial para identificar e atender as vítimas de violência, dentre elas as crianças e adolescentes. Assim, a ESF assume um lugar estratégico e de protagonismo para a saúde dentro da rede de assistência e proteção (EGRY, APOSTOLICO, MORAIS, 2018).

A partir da identificação de casos de violência, os profissionais da saúde ou mesmo o estabelecimento de saúde, de setores públicos e privados, possuem a obrigatoriedade da notificação, conforme estabelecido pela Portaria GM/MS Nº 1.271/2014. Entretanto, o relatório realizado pela *European Union Agency for Fundamental Rights* aponta que grande parte dos profissionais de saúde deixa de reconhecer, compreender e cumprir com as notificações devido a dificuldades no reconhecimento dos sinais de abuso e de violência infantil (EGRY, APOSTOLICO, MORAIS, 2018).

A partir do ano de 2006, um Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes (VIVA) também foi estruturado pelo Ministério da Saúde (MS) no âmbito do SUS. Tal sistema está dividido em dois componentes: (a) vigilância de violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais e autoprovocadas (Viva-Contínuo); e (b) vigi-

lância de violências e acidentes em emergências hospitalares (Viva-Sentinela) (LIMA, 2013).

A alimentação dos dados no VIVA permite caracterizar os tipos e a natureza das violências cometidas, além do perfil das vítimas e dos(as) prováveis agressores, auxiliando na formulação de ações. A implementação do componente Viva-Contínuo é de responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde, com o apoio do MS. Já o registro dos dados no módulo do SINAN-Net é atribuição da Vigilância em Saúde/Epidemiológica dos municípios (LIMA, 2013).

Apesar da existência dos meios de informações destes agravos, a percepção desta demanda de violência está significativamente atrelada à importância e sensibilidade dada a ela pelos profissionais que a recebem durante seus atendimentos. Assim, variáveis temporais de cada turno/expediente de trabalho, especificidades do atendimento e contexto social, tanto do profissional como do local de trabalho, podem aproximar ou distanciar o profissional desta temática (MIOTO, NOGUEIRA, 2013; DESLANDES, PESCE, 2010).

A percepção e o conhecimento das situações de violência tornam-se limitadas naqueles profissionais que realizaram poucos atendimentos ou não o realizam a contento (MATIAS, NASCIMENTO, ALCHIERI, 2013). Dessa forma, apesar da obrigatoriedade das notificações em casos de suspeita ou confirmação de violência em crianças e adolescentes, a subnotificação é uma realidade. Consequentemente, os encaminhamentos para o Conselho Tutelar e demais instituições de proteção, de todos os casos necessários, acabam não acontecendo e geram uma incorreta alimentação de dados nos sistemas correspondentes (MAIA *et al.*, 2016).

A violência ainda é vista por alguns profissionais da saúde como um problema de âmbito privado e familiar, sendo, muitas vezes, a notificação percebida como potencial motivo para uma desestruturação familiar, separações conjugais ou abrigamento de crianças. De acordo com estudo realizado entre os países da América Latina e do Caribe, com o objetivo de avaliar a resposta do setor de saúde à violência infantil, existe uma visível lacuna entre os protocolos estabele-

cidos e a forma como são divulgados, tanto entre os profissionais de saúde como nos serviços. Além disso, constatou-se uma ausência de estratégia de formação entre os profissionais de saúde direcionadas para a implementação de um enfrentamento eficaz da violência (SCHECK *et al.*, 2016).

Assim, diante de uma realidade de grandes lacunas e descontinuidades no sistema da assistência aos casos de violência dentro do setor de saúde, o presente trabalho objetivou propor a construção de um fluxograma de acesso e atendimento voltado para crianças e adolescentes vítimas de violência em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde do Município de Fortaleza.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência de natureza intervencionista, desenvolvido por um grupo de mestrandas como produto do módulo de Gestão do Processo de Trabalho na Atenção Básica do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Universidade Federal do Ceará, durante o mês de dezembro de 2018. A proposta foi a elaboração de um fluxograma de acesso e atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência, adscritos na área de cobertura de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS), de um município no Nordeste do Brasil. A UAPS conta com seis equipes da ESF e uma equipe de Núcleo Ampliado em Saúde da Família (NASF), que atendem famílias moradoras dos bairros que formam o território de responsabilidade desta unidade, abrangendo uma população aproximada de 30.042 habitantes.

Segundo estudos realizados por Moreira *et al.* (2015), os atendimentos de casos de violência contra crianças e adolescentes ainda são incipientes e suas notificações pelos profissionais ocorrem de forma pontual e assistemática. Na atenção Primária à Saúde, e particularmente pelos profissionais da UAPS estudada, a realidade não é diferente. Tendo em vista esse contexto, foi proposta a realização de um fluxograma sobre esse tema, objetivando uma visualização de todas as etapas, de modo a contribuir com o processo administrativo organizacional (ARAÚJO, 2011).

A violência cometida contra crianças e adolescentes configura-se como uma das mais injustificadas, em qualquer sociedade, pois remete a uma total inversão de valores, levando quem deveria ser protegido, pelas condições peculiares de desenvolvimento da fase de vida em que se encontra, a ser violentado e exposto, seja de maneira física ou moral (NUNES, SALES, 2016). Considerando essa problemática, e observando o desconhecimento a respeito de instrumentais que possam orientar o fluxo de atendimento dos casos de violência contra crianças e adolescentes, observado na unidade de saúde em questão, decidiu-se por abordar essa temática, na proposição de um fluxograma. A realização desta atividade fez parte do módulo Gestão do Processo de Trabalho na Atenção Básica, durante o mestrado.

Para tanto, utilizou-se da técnica de representação gráfica com símbolos previamente convencionados, permitindo uma melhor gestão dos processos de trabalho. Seguiu-se de uma padronização já existente para os símbolos utilizados, onde a elipse deve representar o começo e o fim da cadeia produtiva, entendida também como a entrada e a saída do processo. Nas etapas referentes à produção de produtos e ao consumo de recursos, utilizou-se o retângulo. E para a representação de momentos que envolvem processos decisórios e indicação de caminhos e possibilidades foi utilizado o losango (EGRY, APOSTOLICO, MORAIS, 2018).

O processo de construção do fluxograma de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência no território foi realizado de forma interdisciplinar, de modo a permitir às equipes dispor de uma ferramenta que auxiliasse a abordagem dos casos de violência de forma ampla. Participaram da construção: médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde (ACS), profissionais que compõem a equipe NASF, representante do Núcleo de Atendimento ao Cliente (NAC), gestor, educandos de curso de graduação em enfermagem e representantes do conselho local de saúde.

A construção do fluxograma obedeceu a duas etapas, de modo a considerar as ideias, opiniões e saberes de cada integrante:

1ª etapa: realização da reunião inicial com profissionais de saúde para a discussão e elaboração da proposta inicial; estabelecimento de

metas e possíveis fluxos dentro de uma rede de assistência, capaz de contemplar os diferentes casos de violência contra crianças e adolescentes;

2ª etapa: visualização e rediscussão, por parte dos profissionais convidados, do planejamento inicial, com posterior debate sobre mudanças, contribuições e adequações do fluxograma; validação do fluxograma pela equipe.

Resultados

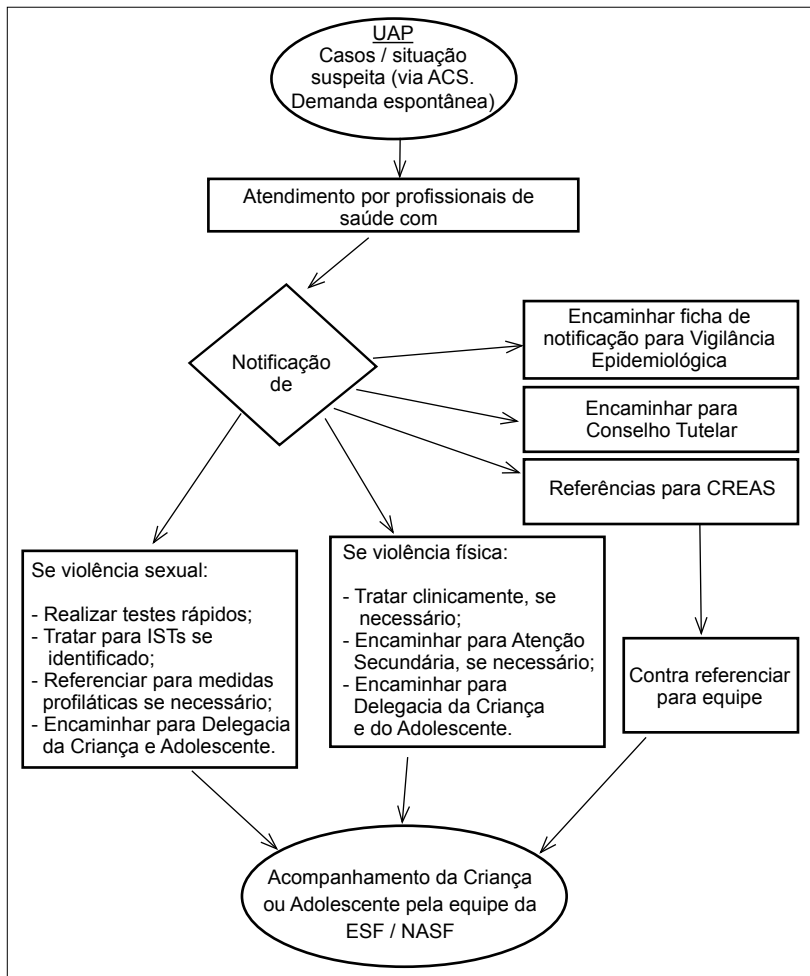
O fluxo de atenção às situações de violência contra crianças e adolescentes proposto pelos profissionais, obedeceu ao seguinte percurso:

- **Porta de entrada:** o usuário, caracterizado como uma possível vítima de violência, poderá ser acolhido/identificado por qualquer profissional da unidade de saúde, seja ACS, profissionais do NAC, médico, enfermeiro, dentre outros;
- **Após a identificação:** o usuário será direcionado a um profissional da ESF responsável pela sua área adscrita;
- **Escuta qualificada:** o profissional da ESF, durante o atendimento individual, abordará o usuário supostamente vítima de violência, para que possa obter informações sobre o caso, sempre por meio de uma escuta qualificada e sigilosa; fará perguntas que não sejam indutivas a determinadas respostas e nem produzam responsabilização da vítima pela agressão sofrida;
- **Após confirmada a suspeita ou ocorrência da violência:** procederá com as primeiras orientações, cuidados e encaminhamentos necessários, ao tempo em que realizará o preenchimento da ficha de notificação. Sempre que possível, recomenda-se o matriciamento do caso, de modo a compartilhar o atendimento com a ESF, NASF, Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), dentre outros. Busca-se com isso a melhor resposta a cada caso, propiciando um acompanhamento multiprofissional;
- **Notificação:** todas as fichas de notificação deverão ser encaminhadas à Vigilância Epidemiológica. Uma cópia também

deverá ser enviada ao Conselho Tutelar, de modo a seguir com os encaminhamentos, para que todas as medidas legais cabíveis em cada situação sejam realizadas;

- **Referência para Atenção Secundária e/ou Terciária:** em casos de violência física, deve-se avaliar a necessidade do referenciamento para os serviços de saúde da atenção secundária e/ou terciária (rede hospitalar), tanto para exames diagnósticos como para intervenções, quando necessário. Preferencialmente, o usuário deverá ser contra referenciado para a ESF, onde será acompanhado de maneira longitudinal;
- **Violência Sexual:** em casos de suspeita de violência sexual, será realizada a testagem rápida para as infecções sexualmente transmissíveis. Em casos de resultados negativos, encaminhar para profilaxia e continuidade do acompanhamento pela ESF. Em respostas positivas, notificar e encaminhar para tratamento e continuidade de acompanhamento pela ESF.

Figura 1 - Fluxograma de atendimento à criança e adolescente vítima de violência



Fonte: elaborada pelos autores.

Discussão

A Atenção Básica funciona como porta de entrada preferencial para as redes de atenção. Porém, os casos de violência ainda são timidamente acolhidos por ela. Isso ocorre por diversos fatores que en-

volvem desde questões culturais, passando pelo despreparo dos serviços e de seus profissionais no tocante a esse tema. Para SILVA *et al.* (2017), as equipes da AB enfrentam, ainda hoje, desafios e dilemas (medos, insegurança) para a construção da atenção integral em situações de violência.

Todos os profissionais, especialmente dentro de uma UAPS, devem ser capacitados para identificar, acolher e cuidar dos usuários vítimas de violência, seja qual for sua forma manifestada. Os profissionais da ESF, com especial destaque para os agentes comunitários de saúde, possuem, dentro de seus processos de trabalho, ferramentas que lhes possibilitam construir uma proximidade e vínculo com as famílias e seus membros nos territórios. Isto representa um diferencial, tanto para a identificação de casos novos como para o acompanhamento das pessoas que já estiveram em situações de violência.

Contudo, para além da proximidade profissional-usuário, faz-se necessário um embasamento técnico sobre as manifestações, causas e consequências da violência, bem como uma sensibilização destes para serem capazes de conduzir os casos com humanização. O estudo realizado por Santos *et al.* (2018), identificou que os profissionais demonstram conhecimento insuficiente sobre as normas técnicas para organizar esses atendimentos aos usuários vítimas de violência, ocasionando ineficácia de estrutura na rede de atenção, assim como uma assistência ineficaz no âmbito da integralidade do cuidado.

A preparação de um profissional para trabalhar com vítimas de violência deve passar, obrigatoriamente, pelo exercício de uma escuta qualificada. Espera-se, durante o atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência, que os profissionais tenham uma postura acolhedora, discreta e resolutiva, evitando todo e qualquer constrangimento e/ou julgamentos (BRASIL, 2017).

Por ser um problema de causas e desdobramentos múltiplos, a assistência interprofissional mostra-se como fundamental nos casos de violência. Através dos matriciamentos, a integralidade é almejada pelas visões e abordagens de várias categorias profissionais em diferentes instrumentos de cuidado, aumentando, assim, as chances de resolutividade. Além disso, a interprofissionalidade também produz resultados

quando funciona dentro de uma rede de assistência que garanta, efetivamente, equidade e uma linha de cuidado.

As notificações de casos suspeitos ou de violência comprovada devem ser preenchidas de maneira compulsória desde 2011, após a Portaria nº 104/ GM/MS, de 25 de janeiro de 2011, e permitem mensurar a ocorrência de casos de violência, possibilitando não só o conhecimento dos casos pelas redes de proteção, mas viabilizando dados para a definição de políticas públicas de enfrentamento e prevenção.

O sistema de saúde precisa apresentar resolutividade, que deve ser entendida como a “competência que o sistema de saúde possui, dentro de seus limites de complexidade e capacidade tecnológicas, de resolver os problemas de saúde que são demandados” (BRASIL, 2017).

Considerações finais

A violência contra crianças e adolescentes é um problema complexo e muitas vezes não chega às unidades de atenção primária de saúde. Mesmo quando chegam, geralmente encontram profissionais de saúde com pouca capacidade de acolhimento e resolução desta demanda.

A construção do fluxograma, durante este trabalho, bem como seu planejamento e discussão, representou uma experiência valiosa para todos os participantes. Possibilitou um trabalho interprofissional durante a sua construção, expondo as dificuldades/fragilidades enfrentadas na ESF acerca dos processos de trabalho para o atendimento a esses usuários vítimas de violência.

Além disso, a atividade proporcionou a integração entre diversas categorias profissionais dentro da UAPS, levando à reflexão sobre a importância deste trabalho conjunto. Outro desdobramento desta atividade foi o reconhecimento da ferramenta do fluxograma como meio de análise de problemas e proposições de soluções para outras demandas enfrentadas no cotidiano da unidade.

O instrumento, em questão, trouxe melhorias para o processo de trabalho nos atendimentos aos casos de violência contra crianças e adolescentes, à medida que define um fluxo, pois os símbolos gráficos e a estruturação do fluxograma proporcionam uma visualização mais eficaz

do funcionamento do processo, colaborando no seu entendimento e dando a ele, um caminho mais prático e sistemático. Para Plassa *et al.* (2018), esta falta de estruturação prática, dentro da atenção básica, principalmente no que se refere à Estratégia da Saúde da Família, resulta em dificuldades no posicionamento dos profissionais frente às queixas das vítimas e de suas famílias.

Plassa *et al.* (2018), em seu estudo, abordou a construção de um fluxograma, também, no contexto da violência, mas em um diferente curso de vida. Entretanto, foi possível, a partir da comparação entre nossos estudos, identificar semelhanças como as fragilidades no fluxo, nas intervenções e nas investigações.

O fluxograma construído já é uma ferramenta possível de utilização no cotidiano de trabalho da UAPS e está sendo utilizado pelos profissionais para os casos com vítimas de violência daquele território. Assim, a atividade não só contribuiu para o desenvolvimento de competências dos profissionais, em questão, como, também, proporcionou uma melhora na assistência e no cuidado aos usuários que procuram aquela unidade de saúde, sobre a demanda da violência.

Referências

ARAÚJO, L. C. G. de. *Organização, sistemas e métodos e as tecnologias de gestão organizacional: arquitetura organizacional, benchmarking, gestão pela qualidade total, reengenharia*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2011. v. 1.

BRASIL. *Boletim Epidemiológico*. Análise epidemiológica da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2011 a 2017. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. v. 49, n. 27, jun. 2018.

BRASIL. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm#art266>. Acesso em: 12 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Notificação de violências interpessoais e auto-provocadas* [recurso eletrônico]. Brasília: MS, 2017. Disponível em: http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/fevereiro/07/cartilha_notificacao_violencias_2017.pdf. Acesso em 10 jul. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). *Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde*. Brasília: MS, 2010.

BRASIL. *Portaria GM/MS Nº 1.271, de 06 de junho de 2014*. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Brasília, DF, 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html. Acesso em: 12 de jul. 2019.

BRASIL. *Portaria nº 104/ GM/MS, de 25 de janeiro de 2011*. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Brasília, DF, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html. Acesso em: 12 de jul. 2019

DESLANDES, S. F.; PESCE, R. P. Trabalhadores de Saúde e Educação: lidando com as violências no cotidiano. In: NJAINE, K.; ASSIS, S. G. de.; CONSTANTINO, P. (Org.). *Impactos da Violência na Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010. p. 292-293.

EGRY, E. Y., APOSTOLICO, M. R., MORAIS, T. C. P. Notificação da violência infantil, fluxos de atenção e processo de trabalho dos profissionais da Atenção Primária em Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 1, p. 83-92, 2018

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS; 2007. (Coleção Progestores).

LIMA, S. L. L.. *Os profissionais de saúde e a atenção à mulher em situação de violência sexual: um estudo nos serviços de referência do município de Natal, Rio Grande do Norte*. 2013. 136 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

MAIA, J. N. Violência contra criança: cotidiano de profissionais na atenção primária à saúde. *Rev. Rene*. v. 17, n. 5, p. 593-601, set./out. 2016.

MATIAS, S.S; NASCIMENTO, E.G.C; ALCHIERI, J.C. A Percepção dos Profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre as Implicações da Violência intrafamiliar em Crianças e Adolescentes. *Saúde Transform. Soc.*, Florianópolis, v. 4, n. 4, p. 38-46, out. 2013. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-70852013000400008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 13 jul. 2019.

MIOTO, R. C. T; NOGUEIRA, V. M. R. Política Social e Serviço Social: os desafios da intervenção profissional. *Rev. Katálysis*, Florianópolis, v. 16, n. spe, p. 61-71, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802013000300005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 de julho de 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-49802013000300005>.

MOREIRA, G. A. R. *et al.* Atuação do cirurgião-dentista na identificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes na atenção primária. *Saúde em Debate*. 2015, v. 39, n. spe, pp. 257-267. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005235>. Acesso em: 13 Jul. 2019.

NUNES, A. J., SALES, M.C.V. Violência contra crianças no cenário brasileiro. *Ciência & Saúde coletiva*. v. 21, n. 3. mar. 2016.

PAIXÃO, A. C. W., DESLANDES, S. F. Abuso sexual infanto juvenil: ações municipais da Saúde para a garantia do atendimento. *Rev. Cien. Saude Colet.*, v. 16, n. 10, mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo>.

br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001100024&lng=en. Acesso em: 10 dez. 2018.

PLASSA, B. O. *et al.* Fluxograma descritor no atendimento à pessoa idosa vítima de violência: uma perspectiva interdisciplinar. Rio de Janeiro. *Esc. Anna Nery Revista de Enferm.*, v. 22, n. 4, 2018.

ROSEMBERG, F.; MARIANO, C. L. S. A convenção internacional sobre os direitos da criança: debates e tensões. *Cad. Pesqui.*, São Paulo, v. 40, n. 141, p. 693-728, dez. 2010. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742010000300003&lng=en&nr m=iso. Acesso em: 13 jul. 2019.

SANTOS, S. C. *et al.* Violência contra a mulher: como os profissionais na atenção primária à saúde estão enfrentando esta realidade? *Saúde e pesqui*, v. 11, n. 2, p. 359-368, maio/ago.2018.

SCHECK, G. *et al.* Profissionais e a violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes: entre os preceitos legais e conceituais. *Rev. Esc. Enferm.*, São Paulo, v. 50, n. 5, p. 779-784, 2016.

SILVA, N. N. F. *et al.* Atuação dos enfermeiros da atenção básica a mulheres em situação de violência. *Enferm. Foco*, v. 8, n. 3, p. 70-74, 2017.

INTERVENÇÃO EDUCATIVA EM SAÚDE TENDO COMO MOTE O BEIJO

Estratégia para prevenção de IST/HIV em adolescentes escolares

*Gemimma de Paiva Rêgo
Fabíola Gessika Coelho Bezerra
Anyá Pimentel Gomes Fernandes Vieira Meyer
Fabiane do Amaral Gubert*

Introdução

A adolescência constitui a fase de transição entre a infância e a idade adulta e é singular no tocante às características biológicas, psicológicas e sociais (CHAVES *et al.*, 2014). Nessa fase, a sexualidade desperta impulsos relacionados às transformações biopsicossociais, nas inúmeras descobertas e conflitos vivenciados (MORAES; VITALLE, 2012), e ao iniciar as atividades sexuais precocemente, os adolescentes podem não ter conhecimento prévio sobre as medidas preventivas, tornando-se susceptíveis a vulnerabilidades.

De acordo com o relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS), 26% dos adolescentes na Europa e na América do Norte já haviam iniciado atividade sexual aos 15 anos de idade, e a iniciação sexual precoce estava associada com o não uso ou uso inadequado do preservativo e suas consequências como gravidez precoce, contágio por

infecções sexualmente transmissíveis e pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012).

Dados do *United States Centers for Disease Control* revelam que dois terços dos 12 milhões de indivíduos infectados por IST correspondem a jovens abaixo dos 25 anos. Além disso, existe evidência de que cerca de 40 a 50% das adolescentes infectadas sofrem reinfeção num curto espaço de tempo (VIEIRA *et al.*, 2015).

No Brasil, os dados demonstram que 29% dos adolescentes de 13 a 15 anos entrevistados pela Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PENSE), de 2012, já tiveram relação sexual (BRASIL, 2012). Quanto menor a idade da iniciação sexual, maiores serão as chances de ocorrerem prejuízos à saúde durante e após a adolescência e quanto mais precoce for o início da vida sexual, maior será o número de parceiros/as sexuais, como mostra o estudo sobre início da vida sexual entre adolescentes de 10 a 14 anos e comportamentos em saúde (GONÇALVES *et al.*, 2015).

Estudos voltados para a articulação do cirurgião-dentista com a temática sexualidade com enfoque na prevenção de IST/Aids e adolescência no Brasil, ainda são escassos e se detêm aos cuidados com saúde bucal (OLIVEIRA *et al.*, 2014); uso de aparelhos ortodônticos (SABÓIA *et al.*, 2015) e ligados ao HIV na perspectiva de adolescentes com problemas orais devido à patologia (PAULIQUE *et al.*, 2017). Acerca da prevenção sobre as infecções sexualmente transmissíveis (IST) realizadas por estes profissionais, destaca-se, por exemplo, um estudo que por meio da abordagem do beijo (TONELLI *et al.*, 2014) estimulou a discussão entre saúde bucal, sexualidade e prevenção de herpes simples com alunos do ensino fundamental (MORAES *et al.*, 2012). Percebe-se que quase não há atividades na área da Educação em Saúde que englobe a saúde bucal e a prevenção IST/HIV, que é relevante haja vista que muitas dessas ISTs podem ser transmitidas por via oral e que, após instaladas, apresentam sintomatologia na cavidade oral caracterizando as primeiras manifestações clínicas.

Um estudo relacionado a essa temática foi executado por Silva *et al.* (2014) baseado na “Oficina do Beijo”, tendo como proposta interencionista a promoção da saúde bucal e saúde sexual dos adolescentes

escolares a partir do cuidado com a boca. Tal estudo provocou o diálogo e a troca de saberes sobre a necessidade da higiene bucal e das formas de prevenção e transmissão das ISTs. Nesse sentido, foi possível perceber que encontros com abordagens educativas inovadoras envolvendo adolescentes na escola possibilitam a autorreflexão por parte deles.

O enfoque das ISTs por transmissão oral, neste estudo, se dá pelo fato de que os profissionais de saúde se detêm exclusivamente em trabalhar ações educativas prevenindo infecções genitais com adolescentes que já tiveram o primeiro intercurso sexual, perdendo assim a oportunidade de trabalhar a prevenção ainda com os adolescentes mais jovens antes mesmo da sexarca. Esse pensamento restrito à via sexual impede que profissionais de outras áreas promovam a temática sobre saúde sexual e reprodutiva dentro do seu escopo de atuação, como o cirurgião-dentista, profissional da atenção primária à saúde que tem realizado grande parte das ações de Educação em Saúde na escola. Para Reis e Maia (2012), as informações sobre educação sexual ainda são precárias e pouco acessíveis, sendo consideradas insuficientes para promover autorreflexão ou mudanças para comportamentos preventivos.

Em relação à cavidade oral, o poder de infectividade depende da integridade das mucosas (ausência de feridas abertas na boca, úlceras, machucados, garganta inflamada, doenças nas gengivas e cáries dentárias com exposição pulpar). Podem ocorrer microlesões, imperceptíveis, na boca (por exemplo, trauma de escovação), que também elevam o risco de contaminação. Quem pratica sexo oral sem preservativo entra em contato direto com o sêmen e com as secreções vaginais, por isso a recomendação é que, independente da forma praticada, o sexo deve ser feito sempre com proteção (preservativo) ou com proteção para mucosas (ANTUNEZ *et al.*, 2013). Segundo a literatura científica internacional, muitos pacientes sequer consideram o sexo oral como um autêntico intercurso sexual (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2015).

As temidas infecções sexualmente transmissíveis (IST) também podem ser contraídas pelo beijo. O Departamento de Saúde dos EUA considera que pode haver risco, apesar de muito pequeno, de transmissão do vírus HIV, causador da doença Aids, por meio do beijo na

boca caso existam feridas ou sangramento nesse local. O risco de transmissão do HIV por meio do beijo na boca teoricamente é maior em pessoas com *body-piercing* na língua ou lábios, um beijo mais ardente poderia provocar sangramento na região do *body-piercing*, havendo o risco de infecção do vírus HIV se o sangue entrar em contato com uma lesão bucal ou corte como nos casos de o indivíduo apresentar gengivites ou ter sido submetido à cirurgia oral (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2015).

Vale ressaltar que, no âmbito da atenção primária, ações coletivas em saúde bucal são incentivadas por área técnica específica, como uma alternativa eficaz na prevenção das doenças mais prevalentes da cavidade bucal (cárie dentária e doença periodontal) e na incorporação de hábitos saudáveis que revertam em melhoria de qualidade de vida das pessoas que podem ser ampliadas na perspectiva da prevenção das IST/HIV para adolescentes escolares (PEREIRA *et al.*, 2011). Ainda no aspecto ligado à questão da saúde bucal, ao se promover a Educação em Saúde, pode-se enfatizar o autocuidado com a cavidade bucal junto aos adolescentes, ressaltando a autoimagem bucal e a sexualidade, visto que o ato de “ficar” por meio do beijo, uma manifestação de carinho, muito utilizada pelos adolescentes, iniciada principalmente nos primeiros anos da puberdade, pode ser prejudicada se a boca apresentar mau hálito devido à falta de higiene bucal adequada.

Dentro das ações de prevenção e Educação em Saúde, destaca-se a autopercepção, já que, por meio de incentivo motivacional e clínico, o paciente é capaz de avaliar a necessidade de cuidados com sua saúde bucal. A educação em saúde bucal não se baseia apenas em transmitir a informação e sim estimular e motivar o indivíduo na conscientização de aprender a higienizar a cavidade bucal (RODRIGUES, 2016). A autopercepção do indivíduo sobre as condições bucais em sua qualidade de vida exerce função preventiva e educativa em saúde bucal, facilitando melhores direcionamentos das ações em saúde de modo abrangente (DUQUE *et al.*, 2013).

Percebe-se, na prática da clínica odontológica, o quanto os adolescentes, na grande maioria das vezes, são vaidosos, ao se preocuparem com a estética oral, com o hálito, ao questionarem para o profissional se

terão que usar aparelho ortodôntico ou não, se têm cárie dentária, gengivite entre outros acometimentos inerentes da cavidade bucal. Sabe-se que esses fatores estão correlacionados à autoestima e, nesta fase do ciclo de vida, outro motivo que corrobora é o ato de “ficar” por meio do beijo, que favorece, na maioria das vezes, uma intensificação dos cuidados com a higiene oral e, conseqüentemente, com a autoimagem.

Considerando que as pessoas, quando sujeitos de seu aprendizado, identificam seus problemas e tornam-se capazes de intervir buscando as possíveis soluções, uma adequada prática de educação em saúde corrobora no sentido de ampliação da autonomia no cuidado e na promoção da saúde (BECHARA *et al.*, 2011). As metodologias participativas de educação em saúde em intervenções de promoção da saúde sexual e reprodutiva proporcionam a desmistificação dos temas relacionados à sexualidade, e os adolescentes tornam-se ativos no processo de construir o conhecimento conjuntamente aos facilitadores da atividade (BECHARA *et al.*, 2013).

Apesar de, nas escolas, algumas das ações serem norteadas por meio do Projeto Político Pedagógico que tem como um dos temas transversais a sexualidade, observa-se que muitas vezes não é abordado com tanto rigor, seja por falta de planejamento das ações ou por falta de capacitação dos educadores. Percebe-se que várias estratégias são propostas, algumas com êxito e outras não, sendo que a educação sexual é contemplada esporadicamente no âmbito escolar, geralmente na disciplina de Ciências, quando se estuda o corpo humano ou sobre a reprodução sexual. Essa abordagem, muitas vezes, é feita sem enfatizar as infecções sexualmente transmissíveis ou os métodos contraceptivos, por isso surge o anseio de que se possa ter educação sexual de forma permanente nas escolas, favorecendo a informação plausível e a autorreflexão sobre sexualidade entre os escolares desde as etapas iniciais do ensino fundamental. O estabelecimento de relação horizontal entre profissionais de saúde e os adolescentes pode permitir uma nova forma de abordagem na atenção à saúde, incorporando a ideia do adolescente como protagonista na construção do processo de saúde pessoal e coletiva, e conferindo um potencial de emancipação, autonomia e responsabilidade social (NOROOZI *et al.*, 2015).

Diante disso, este estudo irá abordar a educação em saúde bucal como estratégia mediadora para prevenção de IST/HIV contemplando a autoimagem bucal e a sexualidade, desenvolvendo, junto aos adolescentes escolares, intervenção educativa em saúde bucal com a finalidade da promoção da saúde e diminuição das vulnerabilidades frente às ISTs/HIV, no município de Carnaubal-CE.

Métodos

Trata-se de uma pesquisa descritiva de natureza qualitativa, cujos resultados foram analisados conforme a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin (2011). O estudo foi realizado no período de março a agosto de 2016, em uma escola pública municipal de Carnaubal-CE, localizada na zona urbana. O município fica localizado na microrregião da Ibiapaba, região noroeste cearense. Sua população estimada, em 2015, era de 17.463 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2015). O cenário apresenta IDH de 0.59, o que é considerado baixo, segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (BRASIL, 2013) e um alto índice de gravidez na adolescência (SECRETARIA MUNICIPAL DE CARNAUBAL, 2014).

A população foi constituída de 129 adolescentes que estavam cursando as etapas finais do ensino fundamental, destes, 109 compuseram a amostra. Considerou-se como critérios de elegibilidade: ter entre 12 e 18 anos e participar de todas as atividades educativas. Os alunos foram convidados a participar da intervenção por meio do preenchimento de uma ficha de inscrição que foi apresentada com data e horário previamente agendados, além disso foram realizadas duas reuniões com a direção e familiares. Dos adolescentes que não participaram, a maioria não contou com a anuência dos pais e/ou familiares.

Os dados foram coletados em três momentos: aplicação do questionário pré-intervenção com perguntas sobre saúde bucal e saúde sexual e reprodutiva, bem como variáveis sociodemográficas. Em seguida foram realizadas quatro oficinas educativas, com duração de uma hora cada, agendada previamente na direção escolar, intituladas: 1) “*Espelho, espelho meu... diga quem sou eu...*” (abordava a respeito da autoimagem

da saúde bucal), 2) *Beijoqueiros na Balada*” (elucidava o risco das vulnerabilidades durante as relações casuais sem o uso do preservativo), 3) *“Isso serve para que”* (explanava sobre sexualidade e os métodos de prevenção das ISTs/HIV) e 4) *“A árvore do saber”* (objetivava revisar os conteúdos aprendidos através de uma construção colaborativa).

A amostra do estudo foi dividida em grupos, sendo esse total definido pelo critério de saturação, quando, durante o processo de coleta, é observada a repetição de respostas na formação dos núcleos de sentido que compõem a definição das categorias. Para preservação do anonimato, os participantes foram identificados com a letra inicial E, de estudante, precedida do número correspondente à ordem de realização das entrevistas.

A operacionalização da análise foi pautada nas etapas: pré-análise, fase de categorização, exploração do material, análise dos resultados e interpretação. As referidas etapas tiveram início pela leitura repetida e atenta das transcrições das entrevistas realizadas, de acordo com os objetivos do estudo. Os dados foram organizados em categorias temáticas, a partir das ideias principais contidas nos depoimentos dos entrevistados e analisados conforme a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin (2011). Os conteúdos foram agrupados considerando-se os temas que emergiram da fala dos entrevistados e foram organizados em três categorias: “dialogando com os adolescentes sobre a percepção da autoimagem da saúde bucal”, “a saúde sexual em evidência tendo como mote o beijo” e “a árvore do saber – construção colaborativa dos saberes adquiridos”.

As atividades educativas englobaram as seguintes temáticas: autoimagem da saúde bucal, sexualidade e prevenção das ISTs/HIV. Foram formuladas de maneira lúdica e problematizadora. Para isso, utilizou-se a técnica das metodologias ativas com o objetivo de que eles pudessem assimilar da melhor maneira possível as informações e os conhecimentos repassados.

As oficinas tiveram duração, em média, de 1h, e foram realizadas nas dependências da própria escola. Considerando a amostra já mencionada, foram formados pequenos grupos, respeitando as características de cada turma, com no máximo 15 participantes, totalizando, aproximadamente, nove grupos que participaram das atividades educativas.

Destaca-se que cada um dos nove grupos participou de quatro intervenções educativas.

Para a realização da Oficina 1: “Espelho, espelho meu... diga quem sou eu...”, houve a explanação da atividade, entregou-se um espelho pequeno, uma ficha de preenchimento e a escala dos sorrisos para cada escolar com a finalidade de que pudesse observar e citar a perspectiva em relação a sua saúde bucal por meio de uma palavra (definindo-a); e, por meio da escala de sorrisos enumerados, que fosse selecionado um número que representaria o seu sorriso (no sentido real) e o que gostariam de ter (no sentido almejado).

Essa escala elucidava oito tipos de sorrisos que exemplificavam as condições de saúde bucal típicas dessa faixa etária, continham sorrisos que se encontram na fase de transição mista dos elementos dentários, com tecido cariado nos elementos dentários anteriores ou nos posteriores, com aparelho ortodôntico, entre outros.

Ao término da dinâmica, a pesquisadora chamava individualmente cada escolar para um local da sala de aula reservado para avaliar a cavidade bucal e preencher o Odontograma (ficha que contém a representação gráfica dos dentes, na qual o odontólogo anota as características dentárias de cada paciente), para isso utilizaram-se máscaras, luvas descartáveis, palitos de madeira e luz artificial; por fim foram discutidas as técnicas de higiene bucal com a utilização de um vídeo e do macro modelo.

Essa oficina tinha como proposta contribuir com a identificação e a percepção da autoestima/autoimagem bucal de cada adolescente participante do estudo, como também obter uma análise individual da cavidade bucal desses escolares realizada pela pesquisadora para posterior comparativo da autoimagem da saúde bucal mencionada por eles e se era condizente com o exame da cavidade bucal realizada pela pesquisadora.

Para adentrar na temática sobre sexualidade, que antecedeu as discussões sobre prevenção de IST, utilizou-se a Oficina 2: “Beijoqueiros na Balada” a partir do cuidado com a boca. Dessa forma, foi provocado o diálogo nos grupos sobre a necessidade de cuidado em higiene bucal e com as formas de prevenção e transmissão por via oral das ISTs, tendo como mote “O beijo”. Cabe destacar que o enfoque do estudo eram as

infecções transmitidas oralmente, mas esse fato não restringiu o diálogo sobre as ISTs que possam ter como formas de infecção a via sexual.

Os escolares foram para uma sala que estava ornamentada para uma festa. Foi entregue para cada um dos participantes uma sacola vermelha, com figuras geométricas distribuídas aleatoriamente pela facilitadora. Para cada grupo de 15 participantes, foram distribuídos 3 tipos de figuras geométricas, sendo: 5 triângulos; 10 círculos e 15 quadrinhos; podendo conter apenas um, dois ou três tipos em cada sacola.

Solicitou-se aos participantes que dançassem e se misturassem pela sala com seus colegas e curtissem a festa, com a finalidade de integração. Em um determinado momento, pediu-se aos participantes que trocassem as figuras geométricas com os colegas que estivessem mais próximos com o intuito de quem tivesse mais ganharia um prêmio, isso para estimular as trocas entre eles.

Após o término da atividade, perguntou-se aos adolescentes o que eles achavam que poderia ser o significado das figuras e eles responderam que não imaginavam do que se tratava. Essa reação foi unânime em todas as séries, então a facilitadora explicou a definição de cada figura geométrica que no caso: o quadrado representava uma pessoa sadia, o círculo simbolizava um portador de IST e o triângulo um portador de HIV.

Nesse momento, observou-se o quanto eles ficaram surpresos com o significado da dinâmica que ocorreu de maneira lúdica com o intuito de que as trocas das figuras entre os colegas eram para elucidar as relações casuais, e poder, assim, exemplificar para os escolares que não se pode julgar se uma pessoa é infectada por alguma IST apenas pela aparência, por isso a importância do uso do preservativo em todas as relações sexuais.

Posteriormente, enfatizou-se e discutiu-se com os jovens sobre as ISTs que, muitas vezes, são transmitidas em relações sexuais casuais e desprotegidas por exemplo. Caracterizou-se cada doença, citando os agentes transmissores, as formas de contágio, os principais sintomas e os tratamentos através de uma aula expositiva por meio da apresentação de *slides*.

Logo após, iniciou-se a Oficina 3: “Isso serve para quê” por meio de uma exposição dialogada que favoreceu o debate sobre os

principais métodos contraceptivos: o preservativo, o anticoncepcional e a injeção hormonal. Após exibição e discussão desses métodos aos alunos, apresentou-se e abordou-se também a pílula do dia seguinte e a camisinha feminina. Para finalizar o encontro, a facilitadora demonstrou o passo a passo de como utilizar corretamente o preservativo masculino e feminino, desde a abertura da embalagem até o procedimento a ser realizado ao término da relação sexual. Por fim, esclareceram-se as dúvidas dos escolares.

Essas duas oficinas objetivaram demonstrar como ocorre a transmissão das ISTs nas relações sexuais desprotegidas e abordar os principais métodos contraceptivos, bem como ensinar o uso dos preservativos, feminino e masculino, como forma de prevenção das ISTs.

Na Oficina 4: “A árvore do saber”, optou-se por que os adolescentes assistissem a dois vídeos de curta duração com tempo de 7 minutos e 3 minutos, respectivamente, com a finalidade de revisar sobre as IST e as práticas sexuais seguras e o outro sobre as técnicas de higiene bucal. Explicou-se que posteriormente eles iriam produzir a árvore do saber com os conhecimentos adquiridos durante as oficinas a partir dessa pergunta norteadora: Como devemos fazer para cuidar da saúde bucal e prevenir as ISTs?

Após esse momento, gerou-se uma construção colaborativa de todas as experiências, vivências, informações e conhecimentos adquiridos durante as oficinas ministradas pela pesquisadora. Foi solicitada a participação dos escolares, de maneira livre, para que eles transcrevessem, nas folhas de papel entregues individualmente para cada participante, seus sentimentos, suas novas impressões e percepções a respeito da saúde bucal e sexual ou o que mais eles haviam aprendido durante as oficinas educativas, com a intenção de que essa mensagem fosse posteriormente anexada à árvore do saber.

Objetivou-se por meio dessa oficina promover autorreflexão sobre a saúde bucal e as práticas sexuais seguras, ressaltando os conhecimentos repassados por meio da construção colaborativa grupal, enfatizando as trocas de saberes e os esclarecimentos das dúvidas pertinentes.

Após a realização das oficinas educativas, com intervalo de 15 dias, foi aplicado o instrumento, pós-intervenção, em cada turma com

horários e datas previamente agendadas na direção escolar. Foram aplicados 109 questionários pós-intervenção, baseados em algumas perguntas utilizadas no questionário pré-intervenção, com o intuito de avaliar a efetividade das ações intervencionistas por meio dos conhecimentos adquiridos, sendo possível analisar o nível comportamental, mudanças de hábitos e opiniões dos adolescentes sobre essas temáticas.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal do Ceará, sob parecer consubstanciado de Nº 1.488.289 de 12/04/2016 tendo como base a Resolução 466/12 (BRASIL,2012).

Resultados

Caracterização dos sujeitos da intervenção

Dos 109 participantes do estudo, 55 (50,5%) eram do gênero feminino, a maioria cursava a 7ª série 43 (39,4%) e a faixa etária compreendeu entre 12 anos (idade mínima) e 17 anos (idade máxima), sendo a média das idades 13,7 anos.

Segundo o estado civil, verificou-se que 93 (85,3%) eram solteiros, 12 (11,0%) tinham namorado(a) e apenas 4 (3,7%) vivenciavam união estável com o companheiro(a).

Sobre a religião, analisou-se que a maioria afirmou seguir a doutrina católica, ou seja, 90 (82,6%); e quanto à raça observou-se que a maior parte 59 (54,1%) considerava-se pardos.

Acerca dos familiares com quem o adolescente residia, constatou-se que 87 (79,8%) residiam com ambos os pais, e uma minoria 16 (14,7%) apenas com a mãe. Em relação ao grau de instrução do chefe da família, percebeu-se que grande parte 52 (47,7%) possui o ensino fundamental completo, outros 40 (36,7%) eram analfabetos e apenas 5 (4,5%) apresentam o Ensino Superior.

Ao perguntar se o aluno estava estagiando ou exercendo alguma atividade remunerada, notou-se que 92 (84,4%) não exerciam nenhuma atividade remunerada.

Sobre se o adolescente já havia “ficado” com alguém, 68 (62,4%) responderam que sim e 41 (37,6%) alegaram não ter “ficado” com ninguém; quanto à idade em que aconteceu o primeiro beijo, observou-se que a média foi de 11,6 anos. Sobre a orientação sexual dos participantes, constatou-se que 108 (99,1%) alegaram ser heterossexuais.

A maioria dos adolescentes, 93 (85,3%), afirmou não ter iniciado a vida sexual. Por sua vez, ela, a sexarca, foi confirmada por 11 (68,8%) entre os adolescentes do gênero masculino e 5 (31,3%) do gênero feminino. Entre os que já iniciaram, a média de idade da primeira relação sexual foi de 13,2 anos. Em relação ao uso do preservativo na última relação sexual, 12 (11%) alegaram que usaram e uma minoria 3 (2,8%) que não se lembrava de ter usado algum método contraceptivo.

Desvelando a intervenção educativa

Nesta seção, serão descritas as peculiaridades das intervenções educativas com os escolares e será enunciado a respeito da execução das oficinas, dos conhecimentos adquiridos por parte deles durante as atividades, enfatizando as trocas de experiências e vivências relacionadas a essa temática e às inferências observadas pela pesquisadora.

Dialogando com os adolescentes sobre a percepção da autoimagem da saúde bucal

Durante a realização da primeira oficina, solicitou-se que os escolares ficassem sentados confortavelmente; além de, ao longo da dinâmica, não conversassem entre si e respeitassem as opiniões dos colegas. Foi pedido que fizessem uma análise minuciosa do seu sorriso, que abrissem a boca frente ao espelho e observassem todos os elementos dentários antes de descreverem no papel suas impressões.

Alguns adolescentes, no entanto, utilizaram-se da expressão oral para simbolizar suas satisfações ou insatisfações, que haviam descrito no papel, a respeito do seu sorriso e da sua condição de saúde bucal, ao proferir uma palavra que representasse seus sentimentos perante o grupo. Dentre as palavras, as mais citadas foram “bom” e “regular”.

Muitos dos escolares, nesse momento da atividade, citaram que queriam usar aparelho ortodôntico por julgarem ser mais bonito, outros mencionaram que queriam ter os dentes mais brancos porque deixava o sorriso mais lindo e outros comentaram que prefeririam não ter cárie dentária ou perder os elementos dentários permanentes.

Dentre os depoimentos os mais marcantes foram:

Não gosto do meu sorriso, porque tenho dentes tortos e amarelados (ALUNO A-12 anos).

Odeio quando vem aplicar flúor na gente, tem gosto muito ruim... mas sei que é para meu bem (ALUNO B-13 anos).

Sei que a cárie dentária que antes era a cobra que comia meu dente, é uma bactéria que se não se cuidar, o dente vai doer... uma dor terrível... e pode até perder... como aconteceu comigo (ALUNA C-15 anos).

Meu sonho é usar aparelho... mas disseram que não vão me encaminhá-lo para o CEO porque não tenho nada... será que agora preciso Dra Dentista... (ALUNA D-12 anos).

Queria que meus dentes fossem brancos como o branco da porta... é muito feio meu sorriso... quando crescer vou fazer clareamento (ALUNA E-13 anos).

Para melhor entender o fenômeno de estudo, recorreu-se à análise descritiva, a fim de encontrar possíveis padrões nos dados coletados, além de facilitar o resumo do estudo. Ao solicitar a definição da saúde bucal dos adolescentes por meio de uma palavra, pode-se ter como respostas 12 palavras sendo que as mais citadas: 49 (45%) descreveram utilizando a palavra bom, 31 (28,4%) opinaram que era regular e apenas 2 (1,8%) citaram que possuíam uma saúde bucal excelente.

Sobre a avaliação bucal realizada durante a intervenção, pode-se inferir que em relação à primeira pergunta (qual nº representa sua saúde bucal baseado na escala de sorrisos): 61 (56%) adolescentes escolheram o nº 1 para definirem sua saúde bucal, que é considerado um sorriso excelente e sem cárie dentária; 10 (9,9%) opinaram pelo nº 4, que representa a fase da transição mista dos elementos dentários; outros 10 (9,2%) optaram pelo nº 2, que evidencia um sorriso com a presença de cárie dentária apenas nos elementos dentários anteriores superiores e inferiores; e 10 (9,2%) escolares citaram o nº 8, que significa a existência cavidade bucal de elementos dentários posteriores cariados.

Quanto à segunda pergunta, observou-se que 61 (56%) escolares gostariam de ter um sorriso elucidado pelo nº 1, que é o sorriso com excelente condição de saúde bucal; 46 (42,2%) queriam usar aparelho ortodôntico; e 2 (1,8%) preferiram o nº 10 que era ter cárie dentária apenas nos elementos dentários posteriores.

Percebeu-se, durante a realização do exame epidemiológico, que a maioria dos escolares não apresentavam problemas periodontais como gengivites e periodontites. Um fator a ser mencionado é a importância da escovação dentária diária realizada por eles. Os problemas bucais observados foram: cárie dentária, raízes residuais com necessidade de exodontias e maloclusões do tipo classe 2 e 3.

A saúde sexual em evidência tendo como mote o beijo

Para adentrar na temática da sexualidade, que antecederia as discussões da prevenção das ISTs, utilizou-se a Oficina 2: “Beijoqueiros na Balada”, por meio de uma dinâmica que elucidava a importância da prevenção nas relações casuais. Posteriormente realizou-se a Oficina 3: “Isso serve para quê”, com a finalidade de corroborar com os conhecimentos sobre as ISTs e métodos contraceptivos. Dessa forma, foi provocado o diálogo nos grupos e enfatizou-se que a boca pode ser uma alternativa na transmissão sexual por via oral das ISTs.

Após o término da atividade, a facilitadora explicou a definição de cada figura geométrica, e era perceptível como os escolares ficavam pensativos e reflexivos quando percebiam o real sentido da dinâmica. Alguns, ao se expressarem oralmente, citaram:

Realmente ninguém conhece ninguém.... não dá para saber quem tem doença... tem que se cuidar... não está escrito na testa... (ALUNO F-15 anos).

Meu Deus peguei HIV nessa brincadeira e nem sabia... realmente não dá para adivinhar quem tem doença ou não... (ALUNA G-13 anos).

Vou para a balada todo sábado e às vezes esquenta o clima... isso acontece... se a gente não fizer nada... a menina diz que vc não é homem... mas tem que usar camisinha... não quero pegar doença.... principalmente quando vc não conhece... não é nem minha namorada... pode ter vários e isso é perigoso... (ALUNO H-17 anos).

Adorei a festa... me diverti muito... muitos amigos pegaram doenças msm de brincadeira... todos rimos uns dos outros principalmente quando iam mostrar o que tinha dentro das suas sacolas... aprendemos que a melhor maneira é se prevenir... tem que usar camisinha... (ALUNA I-15 anos).

Posteriormente, a pesquisadora iniciou a oficina 3 com uma exposição dialogada a respeito das ISTs e métodos contraceptivos, e os escolares que demonstraram ter mais curiosidades e dúvidas foram os da 8^a e 9^a séries. Ao se expressarem oralmente, pode-se destacar as seguintes falas:

Achei interessante a dinâmica, além de ser bem divertida... me senti em uma festa de verdade... pude aprender muito sobre os cuidados para não ter uma gravidez não esperada e IST... (ALUNA J-12 anos).

Pensei que não pegava HIV pelo beijo... mas aprendi que se na boca tiver algum ferimento e do outro também posso pegar o vírus se beijar alguém que tiver HIV... (ALUNO L- 16 anos).

Não conhecia metade dessas doenças... se não conhece o ficante é melhor se cuidar... porque às vezes não tem cura... e não está escrito na cara quem tem a doença... (ALUNA M- 14 anos).

Aprendi que se na hora do rala e rola se eu olhar para a parte íntima dela e tiver algo estranho... digo opa como disse a Dra... tenho que me cuidar... porque tem algo estranho acontecendo ali e não quero pegar doença... (ALUNO N-16 anos).

Tenho um amigo que gosta de homem... será que tem que usar camisinha... (ALUNA O- 12 anos).

Achei muito difícil para a menina colocar a camisinha feminina... (ALUNA P-13 anos).

Quando usar a pílula do dia seguinte e o anticoncepcional... tenho dúvida nisso... soube que se eu tiver relação sem camisinha e ficar com medo de engravidar tomo a pílula... (ALUNA Q-15 anos).

Se o menino despejar o líquido entre as pernas da menina engravida... (ALUNA R-14 anos).

Na primeira vez pode usar camisinha... isso não vai ser pior para perder a virgindade... (ALUNA S- 13 anos).

Qual o período que a mulher engravida um dia antes de descer a menstruação... (ALUNA T- 14 anos).

Essa intervenção educativa permitiu esclarecer aos alunos algumas dúvidas e questionamentos sobre a possível transmissão de HIV pelo beijo, citando os casos específicos. Além disso, pode-se discutir sobre as ISTs que eles desconheciam, perguntaram se os homoafetivos do gênero masculino tinham que usar o preservativo para sexo anal, as meninas aprenderam sobre os principais métodos contraceptivos e julgaram difícil a utilização da camisinha feminina. Além disso, queriam saber a respeito do uso da pílula do dia seguinte e do anticoncepcional, questionaram se, quando o menino gozava, caso o líquido fosse despejado entre as pernas da menina, se ela engravidaria; se na primeira relação sexual teria que usar camisinha e qual o período fértil. Nessa atividade, os meninos foram mais participativos do que as meninas das séries maiores.

A árvore do saber: construção colaborativa dos saberes adquiridos

Nessa última oficina, observou-se em cada série que se despertou a valorização de si por meio do autocuidado e da autoimagem bucal, promoveu-se a autorreflexão sobre a saúde bucal e as práticas sexuais seguras, ressaltou-se que houve novos aprendizados que foram repassados de forma satisfatória mensurados por meio da expressão oral dos conhecimentos adquiridos analisados na construção colaborativa grupal.

Pode-se inferir, ao término dessa intervenção, alguns depoimentos e sentimentos:

Queria mais atividades como essa... que fez com que a gente crescesse e amadurecesse sobre o início na vida amorosa... (ALUNA U- 12 anos).

Gostei da árvore... ficou linda... deu para ver o saber sendo construído... podemos tirar as dúvidas... os vídeos foram ótimos... morro de medo de ter uma dessas doenças.... (ALUNA V- 14 anos).

Não sabia que podia ir para o posto para fazer prevenção e começar a me planejar para ter relação sexual... e que posso pegar as pílulas lá... (ALUNA X- 15 anos).

Não sabia que HIV era diferente de Aids... uma é o vírus... e a outra a doença... (ALUNO W- 15 anos).

Achava que se os espermatozoides ficassem ali por fora a mulher podia engravidar... (ALUNA AB-14 anos).

Pensei que só brincar com meu namorado podia engravidar, mas pode pegar algumas das infecções sexuais... (ALUNA CD-13anos).

Os métodos mais perigosos que achei foram o coito para os meninos e a tabela para as meninas... é gravidez na certa... tem que ter muito cuidado.... melhor usar a camisinha ou o anticoncepcional.... (ALUNO EF-15 anos).

Discussão

Quanto à realização das intervenções educativas no ambiente escolar, percebeu-se que elas proporcionaram vivências e trocas de saberes entre os adolescentes reunidos nos círculos de discussão, bem como que a pesquisadora atuou de forma dinâmica e participativa com o intuito de empoderar os escolares a respeito das temáticas que foram objetos do estudo. As atividades educativas facilitam o caminho para que o aprendizado ocorra com autonomia, favorecendo a discussão sobre as dificuldades vivenciadas (FREIRE, 2011; FONSECA *et al.*, 2011a; FIGUEIREDO; QUEIROZ, 2012).

Na categoria *Dialogando com os adolescentes sobre a percepção da autoimagem da saúde bucal*, pode-se dialogar inicialmente acerca da autoimagem bucal. Por meio da Oficina: “Espelho, espelho meu... diga quem sou eu...”, os adolescentes colaboraram escrevendo em um papel ou relataram por meio da expressão oral suas insatisfações, até mesmo os mais introvertidos relataram suas queixas principais sobre o seu sorriso. Nesse momento, os participantes tiveram a oportunidade de fazer a autoanálise da saúde bucal e a palavra citada predominantemente foi regular, sendo os principais motivos mencionados e discutidos: o apinhamento dentário e a maloclusão dentária que, nesses casos, expressavam o anseio de fazer o tratamento ortodôntico corretivo; e a cor dos dentes amarelados, pois os adolescentes alegavam a necessidade de fazer o clareamento dentário.

Já no estudo de Volpato (2010), a autopercepção da saúde bucal apresentou dados positivos para os adolescentes e adultos que apresentaram condições clínicas mais favoráveis. Quando foram avaliadas as

condições clínicas com relação à carie dentária, verificou-se que os adolescentes apresentaram mais dentes restaurados, o que pode refletir pela maior procura pelo reparo e manutenção da saúde bucal.

Sobre a segunda categoria: *A saúde sexual em evidência tendo como mote o beijo*, os adolescentes demonstraram satisfação e alegria por participarem das Oficinas: “Beijoqueiros na balada” e “Isso serve para quê” (essa última foi realizada posteriormente à primeira). Observou-se que os estudantes, mesmo os mais tímidos, foram participativos e atenciosos, acredita-se que tenha sido pelo fato de a oficina nº 2 ter tido ornamentação de uma festa, isso contribuiu para integrá-los e serviu para deixá-los mais interessados pelos temas no segundo momento quando ocorreu a exposição dialogada. Percebeu-se que a ambiência e a dinâmica desenvolvida na oficina nº 2 favoreceu o processo de ensino-aprendizagem acerca da saúde reprodutiva.

Por isso, percebe-se que há necessidade de investir na saúde do adolescente, destinando dias específicos para esse público seja no âmbito escolar ou no próprio serviço de saúde por parte da Equipe de Saúde da Família. Esse investimento favoreceria consideravelmente a diminuição das vulnerabilidades, fortaleceria o vínculo adolescente-profissional de saúde, esclareceria dúvidas pertinentes à sexualidade e a outros temas e haveria melhor distribuição dos métodos contraceptivos e planejamento familiar precoce nesta faixa etária.

Por isso, considera-se que esse estudo de intervenção junto a outras pesquisas é de grande importância para fomentar os conhecimentos sobre sexualidade e nortear os adolescentes para tomada de atitudes saudáveis para o início das práticas sexuais e prevenção das ISTs, além de enfatizar a importância dos cuidados preventivos com saúde bucal como ocorreu nesse estudo por meio da articulação da saúde bucal e sexual.

Corroborando com este estudo, Silva (2015) relatou, ao realizar uma pesquisa intervencionista com adolescentes de uma escola pública para avaliar o nível de conhecimento sobre IST antes e após a intervenção, um aumento da porcentagem de respostas corretas dos alunos, o que demonstra que ela foi eficaz. Assim, estratégias dessa natureza realizadas por diferentes profissionais de saúde, incluindo o cirurgião-dentista, são relevantes.

Acerca da terceira categoria *A árvore do saber: construção colaborativa dos saberes adquiridos*, os escolares referiram individualmente por meio da escrita sobre os conhecimentos adquiridos, aprendidos e compartilhados durante as oficinas. Posteriormente, todos fixaram seus relatos na árvore do saber e os menos tímidos, posicionavam-se no centro da roda de discussão e liam para o grupo as suas considerações. Essa dinâmica foi bastante significativa devido à construção colaborativa que tinha como finalidade o empoderamento final das temáticas discutidas.

Vale ressaltar que a efetividade das ações intervencionistas será mediada por três fatores primordiais conforme foi observado no estudo: quando se dá autonomia aos adolescentes desde a escuta dos seus conhecimentos prévios sem julgamentos por parte dos profissionais de saúde ou educadores até o instante de conquistar sua confiança com o objetivo de saber das suas percepções e por meio do vínculo (palestrante e escolar) que irá favorecer positivamente a dialética. Essas atividades devem ser planejadas de forma integrativa e inovadora com uso de preferência das metodologias ativas, isso irá corroborar juntamente com o fortalecimento do vínculo entre esses profissionais e os adolescentes para que haja eficácia das atividades propostas, isso é comprovado principalmente quando se pode mensurar os conhecimentos adquiridos por parte dos escolares após as intervenções.

Pode-se observar, durante a execução das oficinas educativas que os escolares da 7ª série foram pouco participativos, principalmente quando era para se expressarem oralmente perante o grupo. Acredita-se que um dos motivos seja o fato de a maioria não ter experienciado o primeiro beijo; e ao se falar de saúde sexual e reprodutiva os deixava, às vezes, constrangidos ou envergonhados, apesar de ter sido usada uma linguagem mais lúdica.

Esses escolares eram mais observadores e ficavam tímidos no momento de elucidarem suas dúvidas. A oficina que ocasionou maior participação por parte deles foi a nº 1, sobre a percepção da saúde bucal, porque muitos tiveram a oportunidade de se expressarem por meio do diálogo a respeito das suas satisfações, insatisfações e percepções sobre a sua condição bucal, sobre a autoestima e autoimagem do seu sorriso.

Quanto aos alunos da 8ª e 9ª séries, pode-se observar que eram os mais participativos durante as atividades, pois a maioria havia experienciado o primeiro beijo e a minoria a primeira relação sexual. Mesmo assim, os adolescentes ficavam mais instigados a participarem, até mesmo, no instante de solicitar esclarecimentos sobre as dúvidas pertinentes acerca da temática. Acredita-se que isso ocorreu por terem mais maturidade cognitiva do que o outro grupo.

As oficinas que ocasionaram maior participação por parte desse grupo foram as de nº 2 e 3. Diante disso, pode-se perceber que eles corroboraram de maneira expressiva, no momento da execução das dinâmicas que reportava sobre a saúde sexual e reprodutiva, o autocuidado e prevenção das doenças.

Por meio da última intervenção educativa, muitos descreveram suas impressões corretamente sobre as ISTs e sobre outros ensinamentos adquiridos, a maioria cooperou de maneira satisfatória e singela na construção colaborativa dos conhecimentos.

Ao fazer com que os adolescentes se apropriem dos conceitos fundamentados cientificamente a respeito das práticas sexuais seguras e saudáveis baseados concomitante com a construção coletiva dos saberes congregados por meio das vivências e das experiências dos profissionais de saúde, educadores e deles próprios, observa-se um empoderamento intenso das informações e conhecimentos repassados. Essa tríade é fundamental para favorecer as relações horizontais no processo ensino-aprendizagem principalmente ao se utilizar as metodologias ativas que os auxiliam a problematizar sobre o assunto. A ação os torna protagonistas e autônomos, além de sensibilizar o senso crítico dos adolescentes para as mais diversas situações de vulnerabilidades como as práticas sexuais desprotegidas, a gravidez não planejada e as ISTs.

Considerações finais

Pôde-se compreender, por meio deste estudo, os conhecimentos, as experiências e as práticas, no âmbito da saúde bucal e reprodutiva dos adolescentes escolares de uma cidade do interior de pequeno porte. Verificou-se que os participantes apresentaram menor percentual sobre o

início das práticas sexuais, sendo considerados poucos adolescentes que são sexualmente ativos, quando comparados com outros estudos comunitários ou de representatividade nacional. Do mesmo modo, houve diferença entre meninos e meninas no que diz respeito ao início da primeira relação sexual e ao uso do preservativo. Partindo desse pressuposto, isso contribuiu para alertá-los durante as oficinas educativas sobre a prevenção das ISTs e da gravidez não planejada, principalmente para os que ainda não iniciaram atividade sexual, que muitas vezes estão desprovidos de informações coerentes sobre o assunto e o pouco conhecimento adquirido advém das conversas com os amigos ou através da *internet*.

Os resultados em relação às condições de saúde bucal dos escolares foram considerados relevantes, fator que reflete positivamente devido ao monitoramento permanente por meio dos exames epidemiológicos e da educação em saúde bucal por causa das palestras realizadas pela odontóloga ou técnica em saúde bucal no ambiente escolar. Investigou-se que esses adolescentes apresentaram boas condições de saúde bucal, apesar de, em relação à autoimagem bucal, a maioria ter relatado estar insatisfeita por conta dos fatores estéticos.

O estudo evidenciou que as estratégias com a utilização das dinâmicas de maneira inovadora e problematizadora são condescendentes meios de desenvolvimento do aprendizado, uma vez que buscam favorecer a fixação dos temas, ainda estimulam a expressão de sentimentos, a construção colaborativa do saber e a autorreflexão por parte dos escolares. Vale ressaltar que, no estudo, foi possível observar que quanto mais criativa a atividade intervencionista maior o poder de interação e conseqüentemente de gerar empoderamento sobre esses temas nos escolares, favorecendo o aumento do nível de conhecimentos e criticidade. Constatou-se também que o aprendizado era favorecido por conta da ambiência e da maneira lúdica ao abordar sobre sexualidade durante as oficinas educativas.

Referências

ANDRADE P. M.; SILVA M. A. M.; SIQUEIRA D. D. Promoção da saúde sexual e reprodutiva de puérperas adolescentes: abordagem edu-

cativa baseada nos círculos de cultura de Paulo Freire. *Sanare*, Sobral, v. 11, n. 1, p. 38-44, jan./jun. 2012.

ANTUNEZ, M. *et al.* Saúde oral e doenças sexualmente transmissíveis *Adolescência & Saúde*, Rio de Janeiro, v. 10, p. 78-79, abr. 2013. suplemento 1.

BARDIN L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.

BECHARA, A. M. D. *et al.* “Na brincadeira a gente foi aprendendo”: promoção de saúde sexual e reprodutiva com homens adolescentes. *Rev. Eletr. Enf.*, v. 15, n. 1, p. 25-33, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Bol. Epidemiol. DST Aids*. v. 2, n. 1, p. 1-64, 2013. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/taxonomy/term/595>. Acesso em: 18 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. *Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2016/57787/manual_tecnico_hiv_27_11_2018_web.pdf?file=1&type=node&id=57787&force=1. Acesso em: 03 jul. 2020.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Youth Risk Behavior Surveillance - United States. *MMWR*, v. 61, n. 4, 2012. 168p.

CHAVES, A. C. P. Conhecimentos e atitudes de adolescentes de uma escola pública sobre a transmissão sexual do HIV. *Rev. Bras. Enferm.*, v. 67, n. 1, p. 48-53, 2014.

MORAES, S. P.; VITALE, M. S. S. Direitos sexuais e reprodutivos na adolescência. *Rev. Assoc. Méd. Bras.*, v. 58, n. 1, p. 48-52, 2012.

OLIVEIRA, J. F. Qualidade de vida de crianças e adolescentes infectados pelo hiv/Quality of life of children and adolescents infected with hiv. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 14, n. 1, p. 879-884, 2014.

PAULIQUE, N. *et al.* Manifestações bucais de pacientes soropositivos para HIV/AIDS *Arch Health Invest.*, v. 6, n. 6, p. 240-244, 2017.

- PEREIRA, M. A. S. *et al.* Aspectos psicossociais dos adolescentes de Aracaju (SE) relacionados à percepção de saúde bucal. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, p. 1621-1628, 2011. Suplemento 1.
- REIS, M. C.; RAMOS, L. Escolaridade dos pais, desempenho no mercado de trabalho e desigualdade de rendimentos. *Rev. Bras. Econ.*, v. 65, n. 2, p. 177-205, 2011.
- SABÓIA, V. P. A. Programa Odontológico Preventivo para Gestantes Adolescentes - Projeto Sorridente: Relato De Experiência. *Extensão em Ação*, v. 2, n. 7, p. 140-152, 2015.
- SILVA, E. S.S.; SANTOS, I. M. S.; IBIAPINA, Y. A. M. Oficina do beijo: promovendo a saúde bucal e saúde sexual de adolescentes e jovens através do PSE em Fortaleza. *Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, 2014. Suplemento.
- SILVA, M.T.; SÁ, I. M. *et al.* Infecções sexualmente transmissíveis e fatores de risco nos adolescentes e jovens: dados de um centro de atendimento a jovens. *Nascer e Crescer – Revista de pediatria do centro hospitalar do Porto*. v. 24, n. 2, 2015.
- SILVA, M.T. *et al.* Infecções sexualmente transmissíveis e fatores de risco nos adolescentes e jovens: dados de um centro de atendimento a jovens. *Nascer e Crescer – Revista de pediatria do centro hospitalar do Porto*. v. 24, n. 2, 2015.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CARNAUBAL. *Relatórios Mensais de Atestos*. Fortaleza: SMSF: Célula de Atenção às Doenças Sexual Transmissíveis, 2014.
- TONELLI, S. Q. Manifestações bucais em pacientes pediátricos infectados pelo HIV-uma revisão sistemática da literatura. *Revista da Faculdade de Odontologia-UPF*, v. 18, n. 3, 2014.
- VIERO, V. S. F. Educação Em Saúde Com Adolescentes: análise Da Aquisição De Conhecimentos Sobre Temas De Saúde. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, v. 19, n. 3, jul./set. 2015.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global recommendations on physical activity and health*. Geneva: WHO, 2012.

ACESSO DOS USUÁRIOS ÀS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE MOMBAÇA, CEARÁ

Avaliação do controle social

Antônia Norma Teclane Marques Lima

Hipácia Fayame Clares Alves

Jéssica Pinheiro Carnaúba

Renata de Sousa Alves

Introdução

Com a finalidade de superar a fragmentação clínica exibida pelos diversos níveis de atenção à saúde no Brasil, o Ministério da Saúde tem buscado incentivar a qualidade da atenção nos serviços de saúde, a partir da garantia de acesso dos usuários aos serviços. Uma das propostas do âmbito federal consiste na Estratégia Saúde da Família (ESF) com vistas à reorganização da Atenção Primária à Saúde (APS), sendo esta considerada uma opção de atuação a fim de atingir os princípios de universalidade, integralidade e equidade (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Nesse sentido, a ESF tem sido adotada em todo país com a finalidade de implementar ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, além de gerar mudanças nas bases do modelo assistencial (GHISI *et al.*, 2013).

Um dos grandes desafios que ainda permeia o cotidiano da ESF consiste em realizar a condução da inversão do modelo assistencial, através do trabalho multiprofissional e do uso de tecnologias menos densas, na expectativa de gerar o cuidado das comunidades em territórios adscritos (CASTRO *et al.*, 2012).

No contexto da ESF, a promoção da saúde pode ser percebida enquanto uma relevante resposta a esses desafios na medida em que recupera a saúde como prática socialmente construída, compreendida em um enfoque institucional e estratégico que considera os contextos onde os atores sociais estão inseridos (TEIXEIRA *et al.*, 2014).

A organização da APS, através da ESF, torna esse serviço um lócus privilegiado para o desenvolvimento das práticas/ações de promoção da saúde. Essas práticas incluem aquelas voltadas para os fatores de risco ou para ações que compreendam empoderamento, participação social, equidade, comunicação, educação em saúde e fortalecimento da intersetorialidade, de maneira a ampliar o cuidado e a efetividade de estratégias e ações (TEIXEIRA *et al.*, 2014).

O artigo 8º do Decreto nº 7508 de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, estabelece que o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço, sendo a APS uma das portas de entrada às ações e serviços de saúde na RAS (Rede de Atenção à Saúde) (ALVES *et al.*, 2014).

Operacionalmente, uma conceituação de APS implica o exercício de sete atributos e de três papéis, em que só haverá uma APS de qualidade quando todos estes atributos estiverem sendo operacionalizados em sua totalidade. Os primeiros quatro (primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação) são os atributos essenciais e os três últimos (focalização na família, orientação comunitária e competência cultural) são os chamados atributos derivados (BRASIL, 2015).

A interpretação da APS como o nível primário do sistema de atenção à saúde conceitua-se como o modo de organizar e fazer funcionar a porta de entrada do sistema. Enfatiza a função resolutiva desses

serviços sobre os problemas mais frequentes de saúde, para o que a orienta a fim de minimizar os custos econômicos e de satisfazer às demandas da população, restritas, porém, às ações de atenção de primeiro nível (BRASIL, 2015).

No entanto, Teixeira *et al.*, (2014) evidenciam a intensa fragmentação de políticas, programas, ações e práticas que, no âmbito local, constituem importantes entraves ao modelo assistencial. O modelo da APS ainda se configura em torno da assistência às doenças agudas e aos processos de agudização das doenças crônicas, num contexto epidemiológico que se caracteriza pela tripla carga de doenças.

Portanto, uma APS ampliada e mais robusta pressupõe uma preocupação com os determinantes sociais da saúde e doença, o que demanda ações intersetoriais. Assim, é importante a ampliação das estratégias de cuidado, para envolver a população e outros setores, já que as questões sociais e de saúde estão profundamente imbricadas (TEIXEIRA *et al.*, 2014).

A APS representa o componente de um sistema de saúde que permite tanto a entrada prioritária de pessoas aos serviços assistenciais como acompanhamento longitudinal de sujeitos saudáveis ou não, em seu ambiente comunitário (ALVES *et al.*, 2018).

Além disso, a APS deve fazer o papel de coordenar e integrar os demais pontos da RAS, racionalizar os custos do sistema, abordar os problemas sanitários mais comuns da comunidade, com responsabilidade pelo acesso, prevenção, tratamento, cura e pela reabilitação dos usuários através de processos de trabalho em equipe, visando à máxima condição de saúde e bem-estar dos sujeitos (ALVES *et al.*, 2018).

Nesse sentido, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) estimula a participação no planejamento das ações, em busca de fortalecer a gestão local e o controle social. Para isso, é considerada como competência das equipes da ESF estimular a participação da comunidade no planejamento, execução e avaliação das ações (BRASIL, 2012).

Contudo, acredita-se que apenas instigar a participação no plano teórico é insuficiente para tornar o planejamento e a organização da ESF eficaz (BESSA *et al.*, 2007) e nesse sentido, a proposta de avaliação da ESF de forma isolada não seria eficaz. Faz-se necessário que

esta seja direcionada para a avaliação da Atenção Primária à Saúde no contexto da Rede de Atenção à Saúde, não apenas como um serviço separado, mesmo com controvérsias nessa forma mais flexível de organização (TANAKA, 2011).

No Brasil, no âmbito das políticas públicas, a avaliação vem sendo consolidada na área da saúde, educação e bem-estar social, equiparando-se aos Estados Unidos, país pioneiro na formulação e implantação de práticas avaliativas (FURTADO *et al.*, 2018).

Especificamente na Saúde Coletiva, um estudo sobre o subespaço das práticas avaliativas aponta para o contínuo distanciamento e autonomia relativa do mesmo em relação ao planejamento, à epidemiologia e às ciências sociais, adquirindo especificidades teóricas e metodológicas (FURTADO *et al.*, 2018).

A avaliação não pode ser definida como uma maneira única, ela precisa ser compreendida no contexto em que é pensada e a partir das perguntas avaliativas que se quer responder. A avaliação como julgamento de valor para tomada de decisão, cumpre as etapas de medir e/ou comparar um determinado fenômeno (BOSI; MERCADO, 2007).

Nesse sentido, a avaliação da RAS, partindo da APS, deverá estar focalizada na identificação da direção mais adequada de utilização dos serviços, com o objetivo de completar a atenção blindada na APS e propiciar o menor tempo possível nesse trajeto e na oportunidade necessária para evitar o agravamento de problemas de saúde (TANAKA, 2011).

Entre as principais dificuldades encontradas na operacionalização da avaliação em serviços de saúde, cabe destacar aquelas que estão relacionadas com o domínio teórico de concepções, técnicas e métodos e com a própria finalidade da avaliação. Quando avaliamos ações e/ou serviços de saúde, devemos ter em mente um aspecto efetivamente complexo neste campo (BOSI; MERCADO, 2007).

Para Tanaka (2011) ao iniciar uma avaliação pelo processo será possível identificar os resultados esperados na APS, permitindo, assim, concluir a modificação no estado de saúde do usuário decorrente da atenção à saúde prestada.

Durante uma atividade do Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF) pela Universidade Federal do Ceará (UFC), no módulo

de Avaliação na Atenção Básica, foi proposta a realização de uma prática avaliativa na ESF, no território onde os mestrandos atuam.

Um desses territórios é a cidade de Mombaça, Ceará. Esse município exibe, por parte de seus gestores, o interesse em aperfeiçoar o acesso dos usuários na ESF. Com base no atributo do primeiro contato, que implica a acessibilidade e o uso de serviços para cada novo problema ou novo episódio de um problema para os quais se procura atenção à saúde, buscou-se avaliar o serviço de porta de entrada nas ESF desse município.

Para tanto, estabeleceu-se como público-alvo dessa prática avaliativa o controle social, representado pelos conselheiros municipais de saúde do referido município. Os Conselhos Municipais de Saúde consistem em uma instância colegiada, com representantes de trabalhadores da saúde e usuários dos serviços, cabendo-lhes debater e buscar resoluções para as problemáticas que envolvem a assistência à saúde, bem como outras demandas sociais e estruturais que permeiam o processo de vida comunitária (BISPO; MARTINS, 2014). Nesse sentido, esses atores foram escolhidos por serem capazes de representar os anseios das comunidades, além de poderem evidenciar o panorama de saúde e acesso aos serviços assistenciais a partir do que é percebido pela população.

Nesse contexto, o estudo guiou-se pela seguinte inquietação: como os conselheiros municipais de saúde, da cidade de Mombaça - Ceará, avaliam o acesso dos usuários aos serviços ofertados pelas Unidades Básicas de Saúde?

O estudo apresenta como objetivo relatar uma prática na comunidade, disparada pelo MPSF, sobre a avaliação dos Conselheiros de Saúde do município de Mombaça em relação ao acesso às UBS, da referida cidade.

Acredita-se que os resultados e narrativas despertem um processo reflexivo sobre a constante necessidade de ampliar olhares na APS e assumir esse nível de atenção enquanto serviço que deve apresentar maior resolutividade dentro da RAS. Além de vislumbrar, no controle social, uma peça-chave para um maior entendimento e interpretação deste movimento de acesso.

Métodos

Trata-se de um estudo de métodos mistos. De acordo com Gil (2018), há pesquisadores que consideram pesquisas de métodos mistos aquelas em que foram utilizadas tanto técnicas quantitativas como qualitativas para coleta dos dados. Este estudo surgiu após uma proposta de atividade do Mestrado Profissional em Saúde da Família no tocante à aplicação de um instrumento de avaliação na APS.

Para Bosi e Mercado (2007), o uso simultâneo das abordagens qualitativa e quantitativa possibilitará compreender em maior profundidade a dinâmica interna do fenômeno e, por conseguinte, entender o significado dos múltiplos aspectos dos serviços avaliados. Enquanto a avaliação quantitativa permite quase sempre uma visão geral do fenômeno avaliado, a avaliação qualitativa permite encontrar explicações e aprofundar alguns aspectos gerais identificados quantitativamente.

O estudo se deu no município de Mombaça-CE, localizado na Mesorregião dos Sertões Cearenses, a qual compõe a 18ª Regional de Saúde do Ceará, esta compõe a Macrorregional do Cariri. Os 10 municípios que compõem a 18ª Região de Saúde são: Iguatu (município polo), Acopiara, Mombaça, Jucás, Cariús, Saboeiro, Quixelô, Piquet Carneiro, Catarina e Deputado Irapuan Pinheiro. A Regional de Saúde tem um total populacional de 315.459 habitantes e o município de Mombaça um total de 43.493 habitantes.

A Secretaria Municipal de Saúde de Mombaça possui na Atenção Primária à Saúde 14 equipes da Estratégia Saúde da Família (EqESF), distribuídas em 12 unidades básicas de saúde; sendo seis UBS na sede do município, duas destas possuindo duas equipes; e seis UBS na zona rural, cada uma com apenas uma equipe. Possui ainda 02 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e equipamentos de média complexidade como: 01 hospital de médio porte, 01 centro de especialidades odontológicas (CEO) e a central de abastecimento farmacêutico (CAF).

Foi escolhido o controle social como participante do estudo, tendo em vista a oportunidade de sua distinta composição. A participação do controle social se caracterizou através de 29 (vinte e nove) respostas em um instrumento virtual, por meio do grupo de *Whatsapp*

do Conselho Municipal de Saúde; esta alternativa virtual foi pensada como forma de agilizar em um período curto e fornecer acesso rápido do controle social.

O instrumento foi elaborado pela pesquisadora a partir do objetivo da pesquisa, com as seguintes perguntas fechadas e abertas com relação à avaliação do primeiro acesso nas Unidades:

1. Qual a melhor forma que você avalia a marcação de consulta na UBS?
2. Você já presenciou algum usuário relatando sobre o tempo de espera do agendamento para a consulta?
3. Como você avalia o atendimento da recepção nas UBSs?
4. O que você melhoraria nas recepções das UBSs?
5. Defina em uma palavra sua avaliação da atenção básica no seu município.

O instrumento foi encaminhado ao grupo com as explicações do propósito; e, após obtenção dos dados, coletados em outubro de 2018, os mesmos foram expostos em gráficos e analisados descritivamente.

Resultados e discussão

Com o primeiro questionamento (*Qual a melhor forma, em sua avaliação, para a marcação de consultas na UBS?*) percebeu-se que havia três possibilidades de respostas (agendamento, marcação por ficha e desistência), e que houve unanimidade nas respostas recebidas, com 100% do controle social avaliando que o agendamento de consultas nas UBSs é a forma mais eficaz para o melhoramento da qualidade do atendimento no primeiro acesso.

Nas UBSs do município já é uma realidade o trabalho com agendamento das consultas conforme a necessidade do usuário, paralelamente aos atendimentos da demanda espontânea.

O processo de agendamento de consultas, através do bloco de horas, teve início com a adesão do município ao Projeto QualificaAPSUS da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, 2016, como uma estratégia

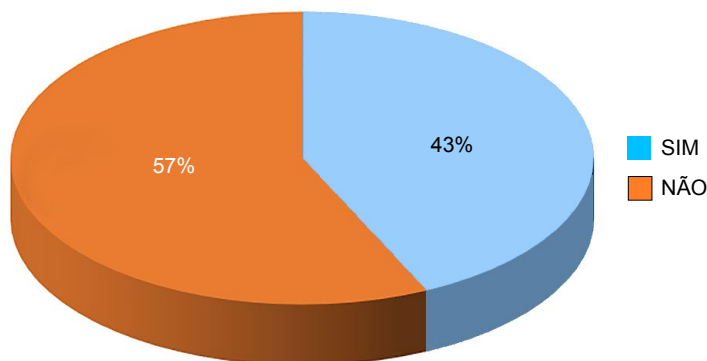
de reorganização do modelo de atenção, a partir da reestruturação da APS nas cidades.

No início da sua implantação, principalmente no tocante ao agendamento da demanda, não foi tarefa fácil para a gestão e profissionais, uma vez que os usuários pareciam não entender o processo proposto, sendo debatido, por várias vezes, no Conselho Municipal de Saúde. Porém, com os investimentos em capacitação dos profissionais através de oficinas regionais e locais, bem como na estrutura das unidades e os avanços na tecnologia, o cenário que parecia difícil de mudanças foi se tornando realidade e tendo a aprovação da comunidade.

São constantes as reclamações de usuários quanto à dificuldade de acesso a algumas UBS devido à inexistência de um sistema de agendamento de consultas pré-estabelecido que permita a organização de demanda agendada e o estabelecimento de vagas para atendimento à demanda livre (DUARTE; SILVESTRE; MAFALDO, 2013). Atualmente, as UBSs do município não se deparam mais com filas quilométricas que se iniciavam na madrugada.

Em relação ao segundo questionamento que abordava se o conselheiro já havia presenciado algum usuário relatando o longo tempo do agendamento até a consulta, pode-se perceber que menos da metade (43%) já identificou algum usuário relatando essa questão (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Percentual de respostas apresentadas pelos Conselheiros de Saúde sobre a escuta ou não de relatos de usuários sobre o tempo do agendamento para a consulta



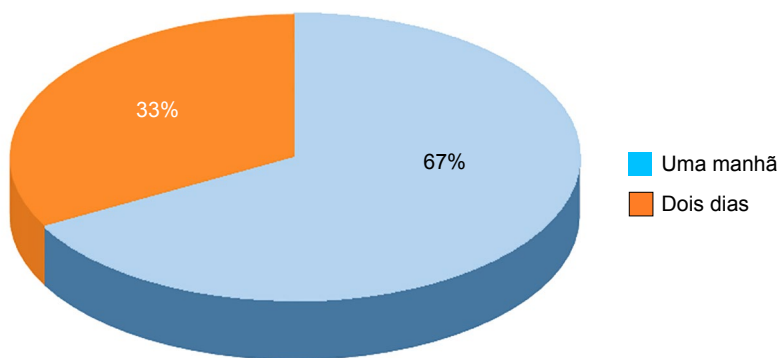
Fonte: elaborado pela autora.

Em um estudo realizado por Fausto *et al.* (2014), quanto à organização da agenda e ao acesso a consultas de atenção básica das equipes, 55% dos profissionais relatam que as UBSs agendam consultas a qualquer hora, em qualquer dia, enquanto apenas 28% dos usuários relatam conseguir agendar consulta indo à unidade a qualquer hora.

Para Alves *et al.*, (2014) acesso é compreendido como possibilidade de utilizar serviços de saúde quando necessário. Os autores trazem também a disponibilidade, como dimensão selecionada que corresponde ao alcance do usuário aos serviços de saúde de que necessita, incluindo-se a localização da unidade de saúde, a disponibilidade de horários e os dias em que a unidade atende, bem como a possibilidade de atendimento a consultas não agendadas, dentre outros.

O terceiro questionamento estava diretamente relacionado ao anterior. Interrogava aqueles conselheiros que afirmaram ter observado algum questionamento dos usuários sobre o tempo relatado nesta queixa. Desta forma, foi possível identificar o tempo médio referido pelos usuários sobre a demora entre o agendamento e a consulta (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Percentual de respostas apresentadas pelos Conselheiros de Saúde sobre o tempo médio de demora, entre o agendamento e a consulta, relatado pelos usuários



Fonte: elaborado pela autora.

Vislumbra-se que 67% do controle social têm identificado usuários relatando que a espera do seu agendamento é o prazo de uma manhã.

Em um estudo realizado com equipes da ESF, declarou-se a necessidade de reservar vagas para atendimento no mesmo dia, comportamento semelhante aos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), em que 96% da população entrevistada declarou ter sido atendida na primeira vez em que buscou atendimento (FAUSTO *et al.*, 2014).

Podemos observar nesta resposta que o tempo de espera para o agendamento de uma consulta, apresentado pelo controle social, vem ao encontro de um maior acesso nas nossas portas de entrada das UBSs, visto que são diversos os fatores que contribuem para esta realidade no município: o investimento alocado pela gestão na estrutura física e humana, a educação permanente da equipe, o monitoramento frequente e um trabalho de promoção da saúde.

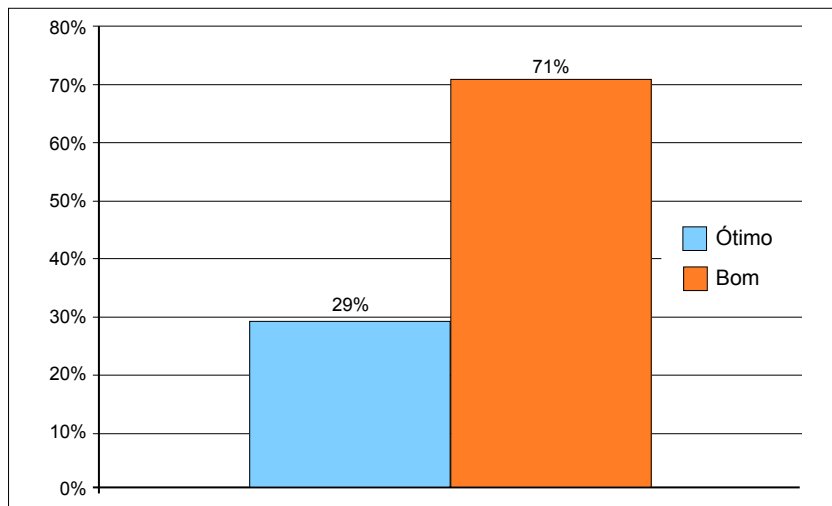
Um estudo mostra que outras formas de marcação de consultas chamam muito a atenção pelo grau de dificuldade que representam para os usuários. O acesso à marcação de consultas por meio de distribuição de fichas nas UBSs representa 23,5% das respostas dos usuários, sendo maiores nos municípios de até 10.000 habitantes. Um grau de dificuldade ainda maior que pode ser observado nas UBSs onde, além de pegar a ficha, o usuário tem que fazer fila antes de a unidade abrir, resposta indicada por 31% dos usuários (FAUSTO *et al.* 2014).

Posteriormente, foi questionado o grau de avaliação sobre a recepção nas Unidades Básicas de Saúde, e as opções de respostas variavam de ótimo a ruim, passando por bom e regular. Neste quesito, as respostas se apresentaram 29% como ótimo e 71% bom, não havendo percentuais de resposta para regular e ruim (Gráfico 3).

A análise da dimensão porta de entrada preferencial à rede de atenção aberta e resolutiva tem uma complexidade de componentes que ora realçam seu caráter aberto do ponto de vista organizacional (funcionamento, acolhimento, organização de agendas, forma de atendimento e acessibilidade) ora seu caráter resolutivo, como ênfase na oferta de ações pelas equipes e seus apoios matriciais (FAUSTO *et al.*, 2014). Podemos observar nesta questão que o primeiro acesso às UBSs do município apresenta uma aprovação significativa, demonstrando assim uma maior resolutividade e uma ampla governança. A não apresentação

de percentuais para regular e ruim ratificam uma funcionalidade eficiente na APS.

Gráfico 3 – Percentual de respostas apresentadas pelos Conselheiros de Saúde sobre o grau de avaliação observado para a recepção nas Unidades Básicas de Saúde



Fonte: elaborado pela autora.

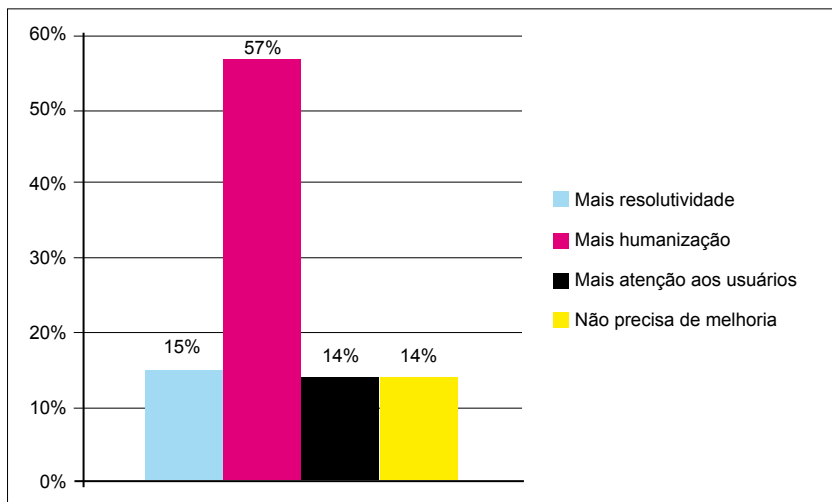
O próximo item avaliado dizia respeito ao que poderia ser melhorado, considerando a recepção como porta de entrada. Com relação à percepção do controle social sobre possíveis melhorias, obteve-se: 57% melhorariam na humanização; 15% mais resolutividade; 14% mais atenção ao usuário; e 14% não precisariam de melhoria (Gráfico 4).

A interpretação da APS como o nível primário do sistema de atenção à saúde conceitua-a como o modo de organizar e fazer funcionar a porta do sistema, enfatizando a função resolutiva desses serviços sobre os problemas mais frequentes de saúde, a fim de minimizar os custos econômicos e satisfazer às demandas da população, restritas, porém, às ações de atenção de primeiro nível (BRASIL, 2015).

A avaliação em saúde permanece bastante estudada e discutida no cenário mundial (FERNANDES; RIBEIRO; MOREIRA, 2011), permitindo identificar avanços, dificuldades, limitações e possibili-

dades de mudança, com a finalidade de promover a aprendizagem no processo de trabalho.

Gráfico 4 – Percentual de respostas apresentadas pelos Conselheiros de Saúde sobre o que poderia ser melhorado no atendimento na recepção das Unidades Básicas de Saúde



Fonte: elaborado pela autora.

Mendes (2015) enfatiza que a APS deve estar preparada para solucionar a quase totalidade dos problemas mais frequentes que se apresentam no nível dos cuidados primários. Mas não basta essa preocupação quantitativa, por mais importante que ela seja nos sistemas de atenção à saúde. É necessário que haja uma preocupação com a qualidade da atenção prestada para que se gere valor para as pessoas usuárias. Além disso, cabe à APS a responsabilização pela saúde da população e a coordenação da RAS.

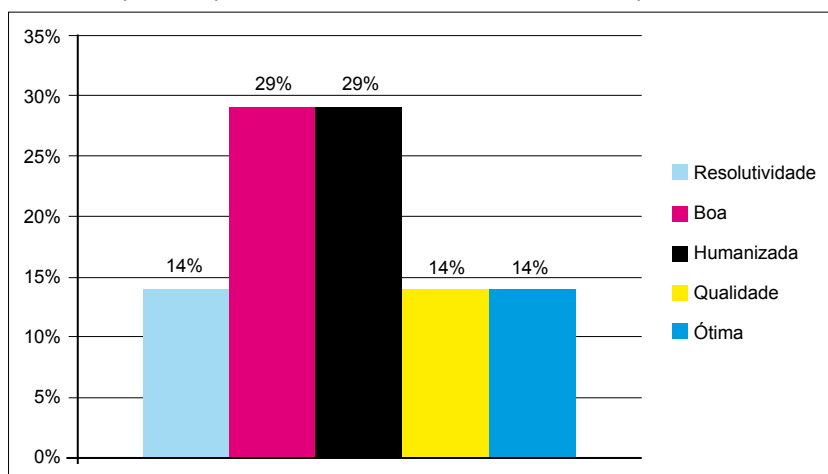
Mesmo identificando os avanços na organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil, desde o início do processo de desenvolvimento do SUS, há que se reconhecer que grandes entraves devem ser superados para que os propósitos explícitos na política nacional possam ser cumpridos e para que possa desempenhar seu papel de organizadora do sistema e coordenadora do cuidado em saúde (LAVRAS, 2011).

Com base nos resultados demonstrados pelo controle social, podemos perceber que a humanização no primeiro acesso é o que mais se destaca como uma necessidade de melhor eficácia nas portas de entrada. Isto porque, por vezes, esta ausência de humanização está correlacionada com a baixa resolutividade, podendo ser observada uma fragilidade dos profissionais que são responsáveis em organizar o fluxo a partir do primeiro acesso.

Neste sentido, buscar o entendimento da Política Nacional de Humanização (PNH), que existe desde 2003, se faz relevante para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no município e incentivando trocas de saberes entre gestores, trabalhadores e usuários. A comunicação correta entre estes três grupos pode provocar uma série de debates em direção a mudanças que proporcionem melhor forma de cuidar e novas formas de organizar o processo de trabalho.

Por fim, quando se questionou sobre a avaliação da Atenção Básica em uma palavra, surgiram as seguintes: 29% boa; 29% humanizada; 14% resolutividade; 14% qualidade; 14% ótima (Gráfico 5).

Gráfico 5 – Percentual de respostas apresentadas pelos Conselheiros de Saúde sobre uma palavra que definisse a Atenção Básica do município de Mombaça



Fonte: elaborado pela autora.

Estudos nacionais têm demonstrado que, mesmo havendo forte indução do governo federal, os processos organizacionais da APS são muito variados entre os municípios brasileiros, levando a crer que os diferentes contextos e formas de gestão da saúde nos municípios têm reflexos significativos na pluralidade de formas e resultados de processos de implantação da Política Nacional de Atenção Básica (FAUSTO *et al.*, 2014).

É fundamental que haja um acompanhamento/monitoramento permanente dos planos de ação que estão sendo executados na APS, por permitir que mudanças e melhorias sejam geradas a partir de constatações, sejam essas feitas através de uma abordagem qualitativa e/ou quantitativa.

Tanto em países desenvolvidos quanto em subdesenvolvidos, é unanimidade que a APS seja o modelo-chave de um sistema de saúde eficaz quando estiverem organizados com base na APS, apresentando melhores possibilidades de desempenho, devido principalmente à acessibilidade, à integralidade e à própria organização e otimização dos recursos. Esse modelo permite ainda apresentar melhores resultados em indicadores de saúde, como redução da mortalidade, diminuição dos custos da atenção, maior acesso aos serviços, redução das internações e atendimentos de urgência (COUTINHO *et al.*, 2015).

O ano de 2018 representou um momento de profunda reflexão sobre a situação dos sistemas de saúde e, sobretudo, sobre a Atenção Primária à Saúde, dado que marca não apenas os 40 anos da declaração de Alma-Ata, mas, também, os 30 anos do SUS no Brasil e os 70 anos do *National Health Service* (NHS) no Reino Unido (TASCA *et al.*, 2018).

Entretanto, se os aniversários de Alma-Ata e do NHS são marcados pela reafirmação da cobertura universal de saúde como meta e pelo reconhecimento da APS no alcance dessa meta, não existe a mesma certeza sobre qual é a visão do Brasil para o futuro do seu sistema de saúde (TASCA *et al.*, 2018).

Portanto, se faz necessária uma luta conjunta de gestores, profissionais do SUS e população para uma maior valorização do nosso sistema de saúde, que, mesmo apresentando várias fragilidades na sua prática, é resposta para a grande maioria dos brasileiros nas mais diversas

ações e serviços. Fica claro que, mesmo frente a um sistema que é sub-financiado e fragmentado, existe os que estão dando certo, principalmente na disponibilidade do acesso ao usuário, vislumbrando nesta avaliação do controle social uma continuidade do processo de trabalho desenvolvido pela gestão, profissionais e população na APS municipal.

Considerações finais

Tratar de acesso nos serviços de saúde da rede pública não é um discurso confortável, tendo em vista o leque gigantesco de relatos e situações que, muitas vezes, representa um retrato da fragilidade do sistema. Entretanto, é preciso desenvolver um olhar ampliado, tendo em vista que gestores, profissionais de saúde e a própria população precisam corroborar com cada vivência no SUS e, assim, avançar e compensar as fragmentações do sistema, principalmente quando se trata do acesso.

A opção de compreender a avaliação do controle social com relação ao primeiro acesso nas UBSs do município de Mombaça teve o propósito de contemplar as inquietações que deram ênfase a esta avaliação e, diante dos resultados obtidos, disparar para a gestão, controle social e profissionais da APS os avanços e desafios no tocante ao acesso dos usuários nas UBSs.

A partir da avaliação dos integrantes do Conselho Municipal Saúde, sobre o acesso às UBSs do município de Mombaça, pode-se perceber que a maioria considerou o agendamento como a melhor maneira de ter acesso a consultas; que o tempo de espera entre o agendamento e a realização da consulta consiste em uma manhã; que a recepção realizada nas UBSs foi considerada boa; e que as UBSs foram consideradas boas e humanizadas.

Esses resultados identificam importantes avanços no que concerne à tomada de decisão da gestão e à atenção à saúde dentro do município. Isso demonstra a importância de alguns programas e políticas, como a PNH, O QualificaAPSUS, o Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade (PMAQ) e o próprio avanço da PNAB, que vieram para corroborar com a adequação das unidades ao que é preconizado pelo

Ministério da Saúde, na busca de atingir a consolidação de seus princípios e diretrizes.

Contudo, foi apontada pelos conselheiros a necessidade de melhorar a humanização da recepção dessas unidades. Esse resultado demonstra a necessidade de estudos mais abrangentes que envolvam a questão do acesso e organização da porta de entrada, por parte de outros atores, a fim de se obter um panorama mais global da realidade.

Cabe salientar a importância dessa experiência avaliativa, disparada pelo MPSF, que possibilitou aos mestrandos a oportunidade de construir instrumentos avaliativos e compreender melhor as necessidades e o modo como os serviços são percebidos dentro dos territórios de atuação. Além disso, essa prática na comunidade gerou uma aproximação com o Conselho Municipal de Saúde, gerando reflexões sobre o entendimento do acesso aos serviços das UBSs e despertando para as necessidades que precisam ser aprimoradas.

Referências

ALVES, J. W. S. *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária no estado do Ceará 2010-2014. *Saúde Debate*, v. 42, n. 4, p. 223-235, dez. 2018.

ALVES, M. G. M. *et al.* Fatores condicionantes para o acesso às equipes da Estratégia Saúde da Família no Brasil. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro. v. 38, p. 34-51, out. 2014. Edição especial.

BESSA, M. S. J. *et al.* Gestão de recursos humanos nos centros de atenção psicossocial no contexto da política de desprecarização do trabalho no sistema único de saúde. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v.16, n. 3, p. 417-25, jul./set. 2007.

BISPO JUNIOR, J. P.; MARTINS, P. C. Participação social na Estratégia de Saúde da Família: análise da percepção de conselheiros de saúde. *Saúde debate*, v. 38, n. 102, set. 2014.

BOSI, M. L. M.; MERCADO, M. F. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde*. Conselho Nacional de Saúde. Brasília. CONASS, 2015. 127 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, 2012.

CASTRO, R. C. L. *et al.* Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1772-1784, set. 2012.

COUTINHO, L. R. P.; BARBIERI, A. R.; SANTOS, M. L. M. Acolhimento na atenção primária à saúde: revisão integrativa. *Saúde Debate*, v. 39, n. 105, p. 514-524, abr./jun. 2015.

DUARTE, G. L. C.; SILVESTRE, I. T.; MAFALDO, R. S. *Agendamento de consultas + Acolhimento à demanda espontânea: valorizar a atenção é o objetivo desta soma*. Rede Humaniza SUS, 2013.

FAUSTO, M. C. R. *et al.* A posição da *Estratégia Saúde da Família* na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro. v. 38, p. 13-33, out. 2014. Edição especial.

FERNANDES, F. M. B.; RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R. Reflexões sobre avaliação de políticas de saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 27, n. 9, p. 1667-77. 2011.

FURTADO, J. P. *et al.* Planejamento e Avaliação em Saúde: entre antagonistas e colaboração. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 7, 23 jul. 2018.

GIL, A. C. *Como elaborar projeto de pesquisa*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2018.

GHISI, F. *et al.* Satisfação da comunidade em relação à assistência prestada pela equipe da estratégia da saúde da família. *Revista Inova Saúde*, Criciúma, v. 2, n. 1, p. 93-110, jul. 2013.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais à saúde no Brasil. *Saúde soc.*, v. 20, n. 4, p. 867-874, out./dez.

2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/05.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2018.

MENDES, E. V. *A construção social da Atenção Primária à Saúde*. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da atenção Primária e a estratégia Saúde da família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 66, p. 158-164, set. 2013.

TASCA, R. *et al.* Atenção primária forte: estratégia central para a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde. In: Organização Pan-americana de Saúde. *Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?*. Brasília, DF: Organização Pan-americana de Saúde. 2018. p. 104-116. Disponível em: <https://apsredes.org/pdf/sus-30-anos/04.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2018.

TANAKA, O. Y. Avaliação da Atenção Básica em saúde: uma nova proposta. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 927-934, 2011.

TEIXEIRA, M. B. *et al.* Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro. v. 38, p. 52-68, out. 2014. Edição especial.

CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DE MULHERES SOBRE A PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO UTERINO

*Andrea Gomes Linard
Lucenir Mendes Furtado Medeiros
Emília Soares Chaves Roubert
Valter Cordeiro Barbosa Filho*

Introdução

O câncer do colo uterino, também denominado de câncer cervical, é o sétimo tumor mais frequente no mundo e o terceiro mais frequente na população feminina, ficando atrás apenas do câncer de mama e do colorretal, sendo a quarta causa de morte de mulheres no Brasil. Assim, torna-se visível que o país avançou e muito no modelo de diagnóstico precoce, pois, durante a década de 1990, 70% dos casos diagnosticados eram relacionados com a doença na fase invasiva. Atualmente, 44% dos casos são de lesões precursoras do câncer chamado de *in situ* (INCA, 2015).

Considerando que a neoplasia em questão apresenta lesões sugestivas com bom prognóstico, se diagnosticada e tratada precocemente, a ação preconizada e acessível a todas as mulheres, e para controle populacional, consiste na realização do exame Papanicolau, cuja realização é preconizada entre mulheres de 25 e 64 anos ou entre as que tenham vida sexualmente ativa. O exame deve ser feito a cada três anos

após dois exames normais consecutivos, realizados com um intervalo de um ano (BRASIL, 2013).

Embora essas recomendações tenham respaldo nas diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) e em evidências de programas europeus e norte-americanos bem-sucedidos, encontra-se resistência entre mulheres e profissionais de saúde na sua utilização, sendo o exame anual equivocadamente considerado uma prática mais eficaz e segura (BRASIL, 2010).

Para os países em desenvolvimento, alcançar alto nível de cobertura é um desafio, sendo o conhecimento dos fatores associados com a realização do Papanicolau essencial na construção de estratégias para a redução da incidência e mortalidade por câncer do colo uterino (CORRÊA; VILLELA; ALMEIDA, 2012).

Alguns fatores de risco são associados ao câncer do colo uterino (CCU): multiplicidade de parceiros e história de infecções sexualmente transmissíveis; idade precoce na primeira relação sexual e multiparidade. Além desses, estudos epidemiológicos consideram outros fatores, tais como tabagismo, alimentação pobre em alguns micronutrientes, principalmente vitamina C, betacaroteno e folato, e o uso de anticoncepcionais (CASARIN; PICCOLI, 2011). Contudo, a infecção pelo papilomavírus humano (HPV) é o principal fator de risco para o desenvolvimento do CCU (INCA, 2015).

Nessa perspectiva, a Estratégia Saúde da Família pode oferecer grandes contribuições no controle da doença, pois possui práticas voltadas à vigilância com participação social. Mesmo assim o exame de rastreio ainda não é realizado com a regularidade desejada (RAFAEL; MOURA, 2010). O número de coletas abaixo do esperado e o aumento da morbimortalidade da doença têm mostrado possíveis deficiências na oferta, no acesso e na qualidade das ações de prevenção, em cenário nacional. Portanto, essa patologia merece grande atenção dos profissionais de saúde (ANDRADE et al, 2013).

A partir desta realidade surgiu a motivação e compreendeu-se a relevância de responder o seguinte questionamento: quais as características do conhecimento, da atitude e da prática sobre o exame de prevenção do colo uterino das mulheres no município de Icó?

O desejo em explicar essa abordagem adveio de um interesse pessoal, vivenciado no dia a dia de trabalho, em que se perceberam baixos registros de execução do exame Papanicolau. As discussões mensais entre os coordenadores das unidades de saúde e da Secretaria Municipal de Saúde sobre a pouca procura do exame pelas mulheres e pelo aumento do número de casos de câncer de colo uterino no município também contribuíram para fomentar o estudo dessa temática.

O propósito desta pesquisa é contribuir com o meio acadêmico e científico, como fonte de pesquisa, e promover a discussão acerca deste assunto. Os resultados obtidos e analisados serão apresentados aos gestores da Secretaria Municipal de Saúde para que seja proposta a elaboração de um planejamento estratégico que possa contribuir de forma efetiva para a prevenção do CCU no município, levando os profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) a traçarem novas estratégias para ações preventivas eficientes no combate ao CCU. Desta forma, poder-se-ia aumentar a adesão das mulheres ao exame, diminuindo assim a morbidade e a mortalidade da população feminina por CCU, diagnosticando precocemente essa doença, reduzindo sua incidência.

Esta pesquisa servirá também como referencial teórico para a realização de novos trabalhos científicos e de reflexão para equipe multidisciplinar de saúde, estudantes e gestores, para que a saúde da mulher seja repensada, com a promoção de campanhas educativas, conscientizando as mesmas, evitando assim novos casos de neoplasia do colo uterino.

Todavia, o presente estudo tem por objetivos verificar o conhecimento, a atitude e a prática das mulheres sobre o exame de prevenção do câncer do colo uterino, bem como suas variáveis sociodemográficas, de histórico sexual e reprodutivo associadas, em um município do Ceará.

Métodos

Tratou-se de um estudo exploratório, transversal, com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada no município de Icó, localizado na região nordeste do Brasil, no sul do estado do Ceará, sendo o

cenário da pesquisa as 19 unidades de Estratégia de Saúde da Família do referido município.

A população do estudo foi composta por 379 mulheres, as quais se enquadraram nos seguintes critérios de inclusão: residir no município de Icó-Ceará; ter idade compreendida entre 20 e 59 anos; ter iniciado atividade sexual; aceitar participar da pesquisa e encontrar-se na unidade de saúde da ESF no período de coleta de dados.

O instrumento de coleta de dados foi um questionário estruturado, cuja primeira parte tinha questões relacionadas à caracterização sociodemográfica e da história sexual e reprodutiva das mulheres; e a segunda questão voltada para a avaliação do conhecimento, atitude e prática relacionados ao exame Papanicolau.

Os dados coletados foram inseridos em planilha eletrônica para procedimentos de análise descritiva, sendo utilizado o programa Excel 2010 e o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0). A estatística descritiva foi utilizada para apresentação dos dados do estudo, baseando-se em frequência absoluta e relativa.

O estudo ocorreu dentro da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que assegura o cumprimento das normas para a pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012). Também foi solicitada ao Secretário Municipal de Saúde a declaração de anuência para a realização desse estudo. Após a devida autorização, o projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil e encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (Unilab), sendo aprovado sob o parecer de número 1.437.679. Aos participantes, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, em seguida, os que se dispuseram a participar assinaram o Termo de Consentimento Pós-Esclarecido.

Resultados e discussões

Participaram do estudo 379 mulheres, as quais se enquadravam dentro dos critérios de inclusão. Logo ao avaliar os dados referentes às características sociodemográficas, pode-se observar que, em relação ao estado civil, 54,4% eram casadas e 23,5% solteiras; tinham idades de 20

a 59 anos, com maior proporção de mulheres de 20 a 29 anos (34,0%) ou 30 a 39 anos de idade (27,4%). Quanto à escolaridade, 40,9% e 31,4% das mulheres tinham ensino fundamental incompleto ou ensino médio completo, respectivamente. Oito em cada dez mulheres eram católicas. As atividades ocupacionais mais reportadas foram ser do lar (40,9%) ou agricultora (29,3%); 53,6% das mulheres reportaram não trabalhar fora de casa. Por fim, destaca-se que 64,9% das mulheres tinham renda familiar mensal inferior a um salário mínimo.

Neste presente estudo pode-se observar que a maioria das mulheres possui parceiro fixo. Essa realidade foi vista também em outro estudo, onde a maioria das mulheres era casada ou tinha união estável (MALTA, 2014). Outra pesquisa sobre a avaliação da atenção básica no âmbito da política de prevenção do câncer de colo uterino no estado de Sergipe relata que a união estável possui associação com o uso esporádico ou não uso de preservativos, constituindo-se um fator de risco para o CCU (MORAES, 2014).

No fator idade, foi constatado nesta pesquisa que são as mulheres mais jovens que procuram mais as unidades de saúde. A referida constatação foi corroborada em outro estudo, em que as mulheres possuíam 35 anos ou menos (VASCONCELOS, 2011). O referido contexto sinaliza que as mulheres jovens procuram mais os serviços de saúde para resolverem problemas, principalmente ginecológicos, provavelmente devido a eventos que são mais frequentes nesse grupo etário, tais como gravidez, realização de planejamento familiar ou tratamento de leucorreias.

Quanto à escolaridade, a maioria das mulheres deste estudo possui ensino fundamental incompleto. A baixa escolaridade para alguns autores é fator de risco para o desenvolvimento do CCU. Acredita-se que mulheres com baixa escolaridade exijam menos um atendimento de qualidade, podendo essa situação determinar um menor nível de informação e entendimento, resultando em baixa adesão às estratégias de prevenção (GOMES, 2012; GONÇALVES, 2011).

No tocante à religião, a predominante foi a católica, mas todas tinham uma religião, uma crença. Estudos apontam que mulheres que frequentam instituições religiosas estão mais propensas a se subme-

terem a ações de medidas preventivas, como o exame de PCCU. A participação da mulher em uma instituição religiosa cria condições favoráveis à realização do exame preventivo, contribuindo para a melhoria da cobertura de programa de rastreamento nacional (LUCENA, 2011).

Outro fato a ser observado é a renda familiar. Neste estudo 246 mulheres apresentaram renda familiar mensal inferior a um salário mínimo. No presente estudo, boa parte das mulheres era de famílias de agricultores que possuem pouca ou nenhuma terra e executam a atividade agrícola pelo sistema de parceria ou arrendamento, o que pode explicar estes resultados.

Quando analisados os dados relacionados ao histórico sexual e reprodutivo das mulheres na pesquisa, pode-se notar que parte possui vida sexual ativa (81,8%); iniciou a vida sexual há mais de um ano (95,8%); e possui parceiro fixo (78,9%). Ainda, 67,3% das mulheres reportaram não ser laqueadas, enquanto 75,2% e 64,1% delas não usavam camisinhas nas relações sexuais ou outros métodos contraceptivos, respectivamente. A maior parte das mulheres tinha um a três filhos (86,9%); 40,4% tiveram o primeiro filho entre 20 e 24 anos de idade. A maioria das mulheres reportou não ter tido abortos (81,8%), não ter DST (91,6%) ou não ter problemas no útero (75,5%). Os problemas no útero mais mencionados foram à ectopia (14,2%) e o mioma (5,0%). Por fim, 94,7%, 96,8% e 76,5% das mulheres reportaram não ter efetuado a histerectomia, não estar grávida na época do estudo e não ter casos de câncer de colo uterino na família, respectivamente.

O resultado acima relacionado ao histórico sexual e reprodutivo nos mostra as diversas oportunidades que os profissionais de saúde tiveram para a realização de orientações, educação em saúde com essas mulheres. É importante lembrar que o exame de prevenção deve ser realizado a partir do início da vida sexual e nesse estudo a grande maioria já tinha iniciado a vida sexual há mais de um ano, portanto deveriam ter conhecimento da importância da sua realização.

A maioria tinha parceiro fixo e não era laqueada, como também não usava nenhum método contraceptivo, necessitando, portanto, do acompanhamento dos profissionais das ESFs. A partir desses dados, chamou a atenção o percentual de mulheres que não usavam a camisinha

nas relações sexuais, estando expostas à contaminação pelo HPV e, conseqüentemente, ao risco de serem acometidas pelo câncer do colo uterino. Nesse estudo, pode-se associar essa não utilização do preservativo ao elevado número de mulheres com parceiro fixo, sentem-se seguras, não vulneráveis a alguma doença e optam por não usarem camisinha, fato esse que deve ser visto com atenção pelos profissionais de saúde.

A maior parte das mulheres (78,6%) tinha filhos, portanto são mulheres já atendidas nas ESFs para realização do pré-natal e deveriam ter sido orientadas sobre a importância do exame preventivo. Logo, os profissionais de saúde devem aproveitar todas as oportunidades junto às mulheres para orientá-las e deixar o exame de prevenção dentro da periodicidade recomendada.

Em relação à doença sexualmente transmissível (DST), a maioria das mulheres relatou não ter tido, mas algumas não sabiam nem o que era, sendo notória a necessidade de realização de práticas educativas com essas mulheres.

Quando reportadas sobre problemas no útero, a maioria relatou não ter tido, o mesmo ocorrendo em relação a casos de câncer na família. É necessária uma maior investigação sobre isso, investigar se realmente não têm problemas, se estão realizando consultas/exames. Através desses resultados, vários trabalhos educativos podem ser realizados com essas mulheres, como oficinas educativas sobre planejamento familiar, abordando métodos contraceptivos, DST e a importância do rastreamento do câncer do colo uterino, dentre outros.

Em relação aos dados referentes ao conhecimento sobre o exame de prevenção do câncer de colo uterino entre mulheres, observou-se que apenas 4,2% das mulheres mencionaram não conhecer o exame de Papanicolau, 65,6% delas mencionaram ter obtido informações sobre o exame por meio do profissional de saúde. Metade das mulheres reportou que a finalidade do exame é prevenir o câncer; outras finalidades frequentemente mencionadas foram o de prevenir o câncer de colo de útero (25,1%) e detectar DST (17,2%). Quanto ao conhecimento de cuidados prévios ao exame, os cuidados mais frequentemente mencionados pelas mulheres foram não ter relação sexual (67,5%) e não poder estar menstruadas para efetuar o exame (40,6%). Por fim, a maior

parte das mulheres (54,1%) mencionou que o exame deve ter periodicidade anual, enquanto 36,1% indicaram uma periodicidade semestral.

Quanto às variáveis relacionadas à atitude para o exame de Papanicolaou, 97,4% das mulheres entendem que o exame é necessário, e que deve ser procurado periodicamente (38,0% justificam a periodicidade por ser um exame de prevenção, e 46,4% por ser um exame de rotina). Quanto à prática para o exame, observou-se que 19,0% das mulheres reportaram não ter realizado o exame, indicando, principalmente, motivos como descuido (29,4%), vergonha (25,0%) e medo (23,5%). A proporção de mulheres que reportou ter realizado o exame há um ano ou mais foi de 54,2%; o motivo mais reportado pelas mulheres para a realização do exame há mais de três anos foi o descuido (51,7%). Em relação ao retorno do exame, 93,4% e 91,6% das mulheres reportaram que retornaram para receber o resultado e que o mostraram para algum profissional, respectivamente. Observou-se que as causas pessoais são os principais motivos para o não retorno para receber o resultado (72,2% das mulheres que não retornaram reportaram esse motivo), enquanto causas institucionais justificaram a maioria dos casos de não ter mostrado o resultado no retorno (66,7%).

É fundamental conhecer a realidade das mulheres sobre o conhecimento, a atitude e a prática sobre o exame de PCCU para se definirem estratégias para a redução dos indicadores de morbimortalidade por este tipo de câncer, impactando de maneira positiva na qualidade de vida das mulheres. Muitos são os estudos encontrados na literatura que apontam para o conhecimento, a prática ou atitude inadequada das mulheres.

Em uma pesquisa realizada junto a 143 acadêmicas de enfermagem de uma universidade pública de Picos, Piauí, sobre o conhecimento, atitude e prática sobre o exame de Papanicolaou, apenas 40 (28%) foram classificadas com um conhecimento adequado. Já em relação à atitude e à prática, o valor foi 106 (74,1%) e 75 (52,4%), evidenciando que, mesmo em se tratando de uma população do curso da área da saúde, existe a necessidade de mais atividades de promoção da saúde, até mesmo dentro do ambiente universitário (RIBEIRO, 2013).

Outro estudo realizado com 250 mulheres de uma unidade básica de saúde revelou que o conhecimento, a atitude e a prática sobre o

exame foram adequados em 40,4, 28 e 67,6% das entrevistadas, respectivamente, apresentando, portanto mais da metade da amostra com conhecimento e atitude inadequada (VACONCELOS *et al.*, 2011).

Assim como no estudo acima descrito, a prática tem apresentado os maiores percentuais de adequabilidade em muitos estudos (FERNANDES *et al.*, 2009; BRENNAN; ZEFERINO; NAMURA, 2001), evidenciando que, embora as mulheres tenham conhecimento limitado sobre o exame e busquem realizá-lo, principalmente devido a queixas, realizam-no com intervalo inferior a três anos.

No presente estudo fica evidenciado ser imprescindível à realização de atividades educativas sobre a importância do exame preventivo do CCU, assim como os procedimentos relativos a ele, para fortalecer a assistência prestada e garantir melhor acessibilidade e adesão das mulheres para realização do exame e consulta de retorno para o resultado.

As equipes das ESFs precisam despertar nas mulheres, a partir de discussões e orientações acerca do assunto, a iniciativa do autocuidado, assim elas mesmas procurarão voluntariamente os serviços de saúde para realizarem o exame citopatológico, exercendo a autonomia no processo do cuidar.

O câncer do colo uterino é um grande desafio para a saúde pública, porém este câncer tem grande probabilidade de cura, quando diagnosticado precocemente e é passível de ser prevenido pela educação e informação da população. O êxito do controle deste câncer vai depender do acesso aos serviços de prevenção e aumento da cobertura do exame citopatológico, bem como da melhoria da educação em saúde, da capacitação do profissional de saúde e da qualidade na assistência prestada.

Nesse estudo percebe-se a necessidade de uma atuação diferenciada dos profissionais da saúde com as mulheres em relação ao exame de PCCU, bem como uma melhor atenção e priorização dos gestores com essa temática.

Cada mulher tem sua maneira própria de interpretar o exame, sendo importante estimulá-la à procura para a sua realização. Saber sobre a importância da realização, riscos da não realização, pode levá-las a buscar os serviços de saúde para fazê-lo.

O presente estudo revelou que o município avaliado, mesmo tendo uma cobertura de 100% de ESF, realiza o rastreamento do câncer do colo uterino de modo predominantemente oportunístico. A demanda espontânea é prevalente. É importante o desenvolvimento de estratégias, disseminando o valor do exame preventivo.

O sucesso do rastreamento depende não somente de uma rede organizada de assistência à mulher nos serviços de saúde, como também da capacitação dos profissionais envolvidos nessa abordagem. Estes devem estar sensibilizados quanto à importância da prevenção para diagnóstico precoce do CCU e da necessidade de ações educativas de promoção da saúde.

Evidencia-se que é necessário um aumento no número da coleta de exames realizados, porém, somente este aumento não é suficiente para a detecção do CCU em estágios iniciais, torna-se necessário direcionar ações integradas de educação em saúde para fortalecer a assistência prestada, garantindo melhor acessibilidade e adesão das mulheres.

A educação em saúde é essencial para a mudança de comportamento das mulheres em Icó-Ce. É um meio de alcançar resultados eficientes no controle do câncer do colo uterino. O acolhimento precisa ser implantado nas UBSs e devem ser aproveitados todos os espaços para enfatizar a importância do exame de PCCU. Rodas de conversas na comunidade, orientações nas salas de espera são de suma importância para transformar a realidade deste município.

Este trabalho permite traçar o diagnóstico situacional de cada área das UBSs do município estudado, facilitando o planejamento das ações do serviço de prevenção, controle e rastreamento do CCU, organizando o processo de trabalho.

Fica claro que as ações de prevenção do câncer do colo do útero são essenciais para o controle da doença. Os achados sugerem não só a necessidade de aumentar a prevalência de realização do exame, mas também de sensibilizar e capacitar os profissionais envolvidos nessa abordagem, contribuindo para a consolidação de um sistema de saúde universal, igualitário e integral.

Os resultados aqui obtidos servirão de ponto de partida para os profissionais de saúde do município de Icó refletirem sobre sua prática

profissional e buscarem principalmente os grupos mais vulneráveis encontrados nesta pesquisa, para mudar o atual cenário. A gestão também precisa conduzir de outra forma o processo gerencial, estabelecendo metas e garantindo a quantidade adequada de insumos para a realização dos exames.

Referências

ANDRADE, S. S. C. *et al.* Compreensão de usuárias de uma Unidade de Saúde da Família sobre o exame Papanicolaou. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2301-2310, ago. 2013.

BRASIL. Resolução nº466, 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas técnicas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 jun. 2012. Seção 1, p. 59.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Controle dos cânceres do colo do útero e da mama*. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRENNA, S. M. F. *et al.* Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 909-914, jul./ago. 2001.

CASARIN, M. R; PICCOLI, J. C. E. Educação em saúde para prevenção do câncer de colo do útero em mulheres do município de Santo Ângelo/RS. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3925-3932, set. 2011.

CORREA, D. A. D; VILLELA, W. V; ALMEIDA, A. M. Desafios à organização de programa de rastreamento do câncer do colo do útero em Manaus-AM. *Texto contexto – enferm.*, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 395-400, jun. 2012.

FERNANDES, J. V. *et al.* Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolaou por mulheres, Nordeste do Brasil. *Rev Saúde Pública*, v. 43, n. 5, p. 851-858, 2009.

GOMES, C. H. R. *et al.* Câncer cervicouterino: correlação entre diagnóstico e realização prévia de exame preventivo em serviço de referência no Norte de Minas Gerais. *Revista brasileira de cancerologia*, v. 58, v. 1, p. 41-45, 2012.

GONÇALVES C. V. *et al.* Perdas de oportunidades na prevenção do câncer de colo uterino durante o pré-natal. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 16, n. 5, p. 2501-2510, 2011.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Coordenação de prevenção e vigilância estimativa 2016. *Incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. *Plano de ação para redução da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero: sumário executivo*. Rio de Janeiro: INCA, 2010.

LUCENA, L. T. *et al.* O. Fatores que influenciam a realização do exame preventivo do câncer cérvico-uterino em Porto Velho, Estado de Rondônia, Brasil. *Rev. Pan-Amaz Saúde*. v. 2 n. 2. jun. 2011.

MALTA, E. F. G. D. Fatores relacionados à prática inadequada do exame Papanicolau por mulheres do interior do Ceará. 2014. 83 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) - Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2014.

MORAIS, A. L. J. *Avaliação da atenção básica no âmbito da política de prevenção do câncer do colo de útero no estado de Sergipe*. 2014. 82 f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Ambiente) - Universidade Tiradentes, Aracaju, 2014.

RAFAEL, R. M. R.; MOURA, A. T. M. S. Barreiras na realização da colpocitologia oncótica: um inquérito domiciliar na área de abrangência da Saúde da Família de Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 1045-1050, maio 2010.

RIBEIRO, K. F. C. *et al.* Student nurses' knowledge, attitude and practice regarding the papanicolaou examination. *Texto Context Nursing*, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 460-467. abr./jun. 2013.

VASCONCELOS, C. T. M. *et al.* Conhecimento, atitude e prática relacionada ao exame colpocitológico entre usuárias de uma unidade básica de saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 19, n. 1, jan./fev. 2011.

PROMOÇÃO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES - PICs

Um campo promissor e de inovação no processo de cuidar

*Ângela Maria Alves e Souza
Andréia Cíntia Eufrásio Soares
Luciana Rodrigues Cordeiro
Ana Claudia Fortes Ferreira*

Introdução

O campo das Práticas Integrativas e Complementares (PICs), também designadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) por *Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa (MTC)*, contempla uma série de recursos terapêuticos que não fazem parte da tradição nem da medicina convencional de um dado país, e que em geral não estão totalmente integradas ao sistema de saúde predominante. As práticas de MTC incluem tratamentos baseados no uso de substâncias e procedimentos terapêuticos, tais como naturopatia, acupuntura e terapias manuais, como a quiropraxia, a osteopatia e outras técnicas afins, incluindo o qi gong, tai chi, yoga, reiki, medicina termal, entre outros.

Ao contrário do princípio adotado pela medicina alopática, segundo o qual se reconhece a doença principalmente como a manifestação resultante da ação de agentes agressores externos sobre o organismo; as práticas alternativas, embasadas em uma concepção holística

e vitalista, levam em consideração, além do corpo físico, outras dimensões mais sutis do ser humano e sua conexão com o universo a sua volta. Com isso, percebem a doença como um distúrbio no equilíbrio energético do paciente, o qual, por sua vez, antecede e determina as manifestações patológicas a nível orgânico e psíquico, o que tem desafiado o racionalismo e o pensamento cartesiano-mecanicista ainda predominante na alopatia. Como implicação disso, a MTC possui arcabouço teórico próprio e independente da medicina alopática, baseando-se no estabelecimento de diagnósticos energéticos, que em nada se relacionam aos diagnósticos nosológicos da medicina ocidental. Mais que adotar uma nosologia distinta, a MTC tem seu maior diferencial no princípio que adota para promover seus resultados: o princípio de que o próprio organismo detém seu potencial de cura.

É então por meio do estímulo e mobilização de mecanismos intrínsecos e naturais do próprio organismo que as PICs, ao reestabelecerem desordens energéticas, têm o potencial de promover a saúde, reabilitação, prevenção de agravos e cura; isto é, a autocura. Essa característica, sobretudo, ressalta o protagonismo e autonomia do usuário em seu próprio processo terapêutico, tornando-se não meramente um participante ativo do cuidado, mas especialmente o detentor de sua própria cura. Esse fato evidencia a condição ética do direito do usuário de ter acesso às informações sobre essas relevantes possibilidades terapêuticas, bem como acesso a informações sobre sua eficácia e efetividade, comprovadas por meio de métodos de investigação científica. Torna-se importante compreender que, com o advento das PICs, novas oportunidades começam a emergir para a Enfermagem.

Duas ciências com princípios congruentes

É de particular interesse notar a harmonia e congruências existentes entre os paradigmas das PICs e os princípios que regem a Enfermagem, sendo evidente a conexão existente entre ambas. Wanda A. Horta – conceituada enfermeira que introduziu os conceitos de enfermagem que foram aceitos e amplamente difundidos no Brasil – ao desenvolver a Teoria das Necessidades Humanas Básicas na tentativa

de explicar a natureza da profissão, postulou que a Enfermagem é um serviço prestado ao homem, sendo este parte integrante de um universo dinâmico e, como tal, sujeito a todas as leis que o regem. Reconhece que o homem, como agente de mudança, é também a causa de equilíbrio e desequilíbrio em seu próprio dinamismo. Esses desequilíbrios, segundo a teorista, geram no homem necessidades que se caracterizam por estados de tensão conscientes ou inconscientes que o levam a busca da satisfação de tais necessidades para manter seu estado de equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço. Se não atendidas ou atendidas inadequadamente, essas necessidades trazem desconforto, e se este se prolonga é causa de doença. Portanto, segundo essa ciência, para estar com saúde é necessário estar em equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço.

É, então, com esse desígnio que a Enfermagem exerce sua função, assistindo de maneira holística e integral o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, visando à implementação de estados de equilíbrio, bem como reestabelecer e prevenir estados de desequilíbrio. Procura sempre reconduzir o homem a estados de harmonia, sem, contudo, torná-lo dependente dessa assistência, estimulando sempre a autonomia do indivíduo através do ensino do autocuidado e de seu incentivo.

Cabe ressaltar a efetividade do cuidado resultante da combinação entre essas duas ciências: as Práticas Integrativas e Complementares podem ser usadas como instrumentos de cuidado para resolução, parcial ou total, de problemas de saúde, reais ou potenciais, identificados através dos diagnósticos de Enfermagem. Tais problemas podem ser pertencentes a diferentes e variados domínios da taxonomia adotada, tais como obesidade, sobrepeso, risco para sobrepeso, incontinência urinária, constipação, motilidade gastrointestinal disfuncional, insônia, campo de energia desequilibrado, fadiga, padrão respiratório ineficaz, controle do impulso ineficaz, memória prejudicada, desesperança, baixa autoestima, tensão do papel do cuidador, disfunção sexual, síndrome pós-trauma, ansiedade, sobrecarga de estresse, tristeza crônica, risco de reação alérgica, termorregulação ineficaz, dor aguda/crônica, náusea, entre outros diagnósticos.

Diante do exposto sobre os fundamentos e princípios das Práticas Integrativas e Complementares e os da Enfermagem, identifica-se em

comum entre ambas o caráter holístico de suas assistências, em que seguem a perspectiva de atenção ao indivíduo em sua totalidade, tendo suas ações centradas no ser humano e em suas inter-relações com o meio natural, e não na patologia em si. Ambas reconhecendo, também, que o processo de adoecimento está ligado a desequilíbrios internos e externos que afetam o organismo no âmbito de suas energias, com repercussão em sua saúde, sua interação com o ambiente e meio social, de modo a afetar também sua inter-relação.

PICs no âmbito do SUS e respaldo legal para Enfermagem

A Medicina Tradicional e Complementar é contemplada pelo Sistema Único de Saúde desde a década de 1980, principalmente em virtude do relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, o qual apoiou a inserção das práticas complementares na assistência.¹⁰ Contudo, sua ampliação no SUS ocorreu por meio da portaria nº 971 de 2006, em que foi estabelecida a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC – que teve suas diretrizes e ações recentemente reformuladas e ampliadas pelas resoluções nº 145 e 849 de 2017 e 702 de 2018). Além dessa portaria ter legitimado a oferta pública de diferentes possibilidades terapêuticas ao usuário, também possibilitou que diferentes profissionais não médicos exercessem a medicina complementar mediante credenciamento e remuneração pelo SUS. Corroborando essa ação, a atualização da OMS sobre MTC em *Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2014-2023* estabelece que as PICs podem ser aplicadas por terapeutas com formação em MTC e profissionais da saúde como médicos, dentistas, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas e educadores físicos, desde que tenham formação específica.

¹⁰ Atualmente, o Sistema Único de Saúde (SUS) oferece, de forma integral e gratuita, 29 procedimentos de Práticas Integrativas e Complementares (PICs) à população: apiterapia, aromoterapia, arteterapia, ayurveda, biodança, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, dança circular, geoterapia, hipnoterapia, homeopatia, imposição das mãos, medicina antroposófica, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, ozonioterapia, fitoterapia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa, terapia de florais, termalismo social, crenoterapia e yoga.

Além do respaldo da PNPIC e da *Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2014-2023*, a Enfermagem também está amparada legalmente pela resolução COFEN nº 197/97, que estabelece e reconhece as Terapias Alternativas como especialidade e/ou qualificação do profissional de enfermagem, na condição de que o profissional conclua e tenha aprovação em curso oferecido por instituição reconhecida de ensino ou entidade congênere, com uma carga horária mínima de 360 horas. Atualmente, as Terapias Holísticas e Complementares são reafirmadas como especialidade da Enfermagem por meio da Resolução COFEN nº 581 de 2018, garantindo a segurança e o respaldo desse profissional para a atuação nesse cenário, bem como para desenvolver pesquisa na área das PICs em geral.

Essas medidas sem dúvida contribuíram para ampliar a acessibilidade pública a novas diversidades terapêuticas, com cuidados de natureza integral, humanizada e resolutiva. Contudo, mesmo diante de todo respaldo jurídico e incentivos governamentais, a efetiva implementação e operacionalização das PICs no SUS são consideradas um grande desafio para a gestão pública. A razão para isso está além do escasso financiamento e da resistência às novas práticas pelos sistemas de saúde mais ortodoxos, mas que talvez seja uma implicação dessas causas. Constata-se um déficit de recursos humanos capacitados, mediante a crescente demanda pelas Práticas Alternativas por parte da população. Um fator agravante diz respeito à falta de capacitação teórico-prática sobre as PICs durante a graduação, e o desconhecimento da legislação por parte dos profissionais da Enfermagem. Isso, além de limitar atuação da categoria profissional na área, também os incapacita até mesmo para indicar e descrever as PICs aos usuários do sistema de saúde.

É diante desse cenário adverso, porém promissor, que a Enfermagem revela seu potencial para ampliar seu campo de atuação e autonomia, ao apropriar-se das Práticas Integrativas e Complementares como componentes de inovação do cuidado. Para isso, a Enfermagem deve confrontar as adversidades existentes e emancipar-se, de modo a apossar-se desse espaço privilegiado à classe em razão de suas consonâncias, transformando sua assistência em um cuidado mais amplo, integral, humano e capaz de potencializar a autonomia do usuário. Ao se

empoderar dessa nova perspectiva de integração e complementaridade entre a medicina tradicional local e as PICs, terá garantida a possibilidade de converter as inovações dessas práticas em, além de melhorias na qualidade de assistência à saúde, oportunidade de crescimento profissional, garantindo para si a possibilidade para exercer suas funções de forma autônoma, seja em ambiente hospitalar, atenção básica ou mesmo em seu próprio consultório.

Referências

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2014-2023*. Hong Kong: 2013. Disponível em http://www.who.int/medicines/publications/traditional/trm_strategy_14_23/en/. Acesso: 12 jul. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>. Acesso: 12 jul. 2019.

MAGALHÃES, M.; ALVIM, N. Práticas Integrativas e Complementares no Cuidado de Enfermagem: um Enfoque Ético. *Esc Anna Nery*, v. 17, n. 4, p. 646-653, out./dez. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000400646. Acesso: 12 jul. 2019.

HORTA, W. de A. Enfermagem: teoria, conceitos, princípios e processo. *Rev. esc. enferm.*, v. 8, n. 1, p. 7-17, 1974. disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62341974000100007&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso: 12 jul. 2019.

AÇÕES DE PROMOÇÃO EM SAÚDE BUCAL EM UM PROGRAMA DE PUERICULTURA INTERDISCIPLINAR

*Dírlia Silva Cardoso Macambira
Emília Soares Chaves
Edmara Chaves Costa*

Introdução

O acompanhamento periódico e sistemático da saúde de crianças efetiva-se por meio de consultas de Puericultura em que os profissionais verificam calendário de vacinas, realizam orientações às mães sobre aleitamento materno, higiene individual e ambiental, identificação precoce dos agravos e prevenção de acidentes (CAMPOS *et al.*, 2011).

Na perspectiva de prevenção e promoção da saúde bucal infantil, a atenção odontológica aos bebês de 0 a 36 meses, conhecida como Odontologia para bebês, surgiu em 1985 na Universidade de Londrina (WALTER *et al.*, 2014). No âmbito do serviço público, a atenção precoce foi incorporada de forma pioneira pelas Secretarias de Saúde de Londrina e de Cambé, ambos no estado do Paraná, no ano de 1987, e o programa educativo-preventivo passou a ser desenvolvido nas Unidades Básicas de Saúde destes municípios (STOCCO; BALDANI, 2011).

No contexto da Estratégia de Saúde da Família, a Odontologia deve buscar intervir o mais breve possível na prevenção da cárie den-

tária e das doenças gengivais, o que pode ser desenvolvido nas consultas de Puericultura Interdisciplinar. Brandão *et al.* (2006) afirmam que a cárie dentária, quando ocorre em crianças menores de 3 anos, torna-se um importante alerta de risco, pois há maior probabilidade de que as crianças desenvolvam cárie na dentição decídua e na dentição permanente.

As consequências da cárie precoce são observadas na saúde como um todo. As crianças, por exemplo, podem apresentar baixo peso devido à associação da dor ao ato de comer (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY, 2001; BRASIL, 2012).

Recomenda-se que a primeira consulta odontológica do bebê seja feita entre o nascimento do primeiro dente, geralmente aos seis meses, e os 12 meses de idade (HALE, 2003; BRASIL, 2012). Crianças que são levadas ao cirurgião-dentista até o primeiro ano de vida apresentam menores chances de receber tratamento odontológico emergencial e de fazer consultas odontológicas de urgência ao longo da infância (KRAMER *et al.*, 2008).

Especificamente, em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) em Fortaleza, Ceará, os profissionais do programa de puericultura da unidade realizaram um trabalho educativo direcionado aos pais e preventivo voltado às crianças de zero a dois anos de idade. Desde a implantação do programa em 2006 até os dias atuais, as ações realizadas pela cirurgiã-dentista foram essencialmente educativas e preventivas, sendo a atenção curativa esporadicamente necessária.

Diante do contexto apresentado, este estudo teve como ponto de partida a análise da efetividade destas ações da Odontologia, após nove anos de implantação do programa na UAPS Francisco Pereira de Almeida, em Fortaleza – CE. Objetivou-se verificar se as ações educativas e preventivas do cirurgião-dentista em consultas de puericultura interdisciplinar em uma unidade básica de saúde do município de Fortaleza-CE atuaram como fator de proteção para a doença cárie em um grupo de crianças beneficiadas com as ações. A pesquisadora apresenta a hipótese de que as crianças que foram expostas às ações da Odontologia, em consultas de puericultura, apresentam melhores condições de saúde bucal que as não expostas.

Métodos

A investigação proposta apresenta uma abordagem quantitativa e caracteriza-se por ser um estudo transversal comparativo. O local da coleta dos dados aconteceu na UAPS Francisco Pereira de Almeida e nos domicílios dos participantes, no município de Fortaleza-Ceará. Na referida UAPS atuam cinco (5) equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Especificamente, a pesquisa se desenvolveu com crianças do território de responsabilidade sanitária de duas (2) equipes da ESF (equipe Pici 7 e Pici 8). As crianças com cobertura da equipe Pici 7 foram selecionadas, pois receberam as ações odontológicas de Puericultura. Estas ações constavam de orientações aos pais sobre alimentação saudável e importância do aleitamento materno; orientações da higiene bucal do bebê e sobre cuidados com a ingestão do dentifrício com flúor; demonstração da limpeza da cavidade bucal do bebê; exames clínicos odontológicos; aplicação de flúor verniz; orientações sobre hábitos deletérios (evitar uso de chupetas e mamadeiras).

Estas ações foram desenvolvidas com base no Protocolo Linhas de Cuidado na Atenção à Saúde da Criança, construído a partir de oficinas com ampla discussão e participação dos profissionais da rede municipal de saúde de Fortaleza-CE (FORTALEZA, 2012).

Nas buscas em prontuário impresso e eletrônico foram encontradas 79 crianças com registros de ações da Odontologia na Puericultura, ou seja, que foram expostas às ações. Destas, 15 crianças foram excluídas por estarem com mais que 6 anos, fora da idade para o estudo. Restaram 64 crianças. No entanto, em 33 prontuários, os endereços fornecidos se encontravam fechados, ou não encontrados, ou haviam se mudado para bairros distantes e/ou para áreas perigosas. Restaram, ao final, 31 crianças incluídas nos critérios para a pesquisa. Portanto, o mesmo número de crianças (31) foi determinado para estudo no grupo de comparação.

Realizou-se então um pareamento por idade entre os grupos, de forma a ficar a mesma quantidade de crianças em cada idade, da forma apresentada no quadro abaixo:

Quadro 1 – Pareamento por idade entre GO e GS

Pareamento por Idade	GO nº. crianças	GS nº. crianças
2 anos	15	15
3 anos	01	01
4 anos	05	05
5 anos	03	03
6 anos	07	07
Total	31	31

Fonte: dados da pesquisa. GO: Grupo com puericultura odontológica; GS: Grupo sem puericultura odontológica.

As crianças da equipe Pici 8 foram eleitas por se tratarem de crianças que, desde a implantação da ESF, não dispunham de acesso à assistência odontológica programada, pois não havia cirurgião-dentista na equipe, formando assim o grupo de comparação (grupo controle).

A amostra do estudo foi composta por 62 crianças de dois a seis anos de idade completos, divididas em dois grupos, a fim de se fazer um estudo comparativo.

Grupo com puericultura odontológica (GO) – Incluídas todas as crianças que passaram por, pelo menos, uma consulta de puericultura com o cirurgião-dentista (CD) da equipe Pici 7, e que ainda residiam nos endereços indicados nos prontuários. As crianças que mudaram de endereço, ou estes estavam fechados foram excluídas.

Grupo sem puericultura odontológica (GS) – Incluídas crianças que residiam na área de abrangência da equipe Pici 8 na idade indicada para o estudo. Os ACSs selecionaram estas por conveniência. Seus dados foram empregados na comparação com o GO.

A coleta dos dados aconteceu em um período de seis meses, de outubro/2015 a março/2016, na unidade de saúde. A pesquisadora se deslocou até os domicílios daqueles participantes que não puderam comparecer mas tiveram interesse em participar.

Os exames clínicos odontológicos das crianças foram realizados por uma única pesquisadora, sob iluminação natural e com auxílio de

espelho clínico e sonda de ponta romba recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Os resultados referentes à cárie em dentição decídua foram registrados em fichas clínicas, de acordo com os critérios dos índices adotados no Levantamento Epidemiológico Nacional de Saúde Bucal (SB Brasil), preconizados na metodologia da OMS (BRASIL, 2004). O índice ceo-d (números de dentes decíduos c= cariados, e= extraídos e o= obturados) foi o índice avaliado.

Os dados coletados foram organizados de acordo com os objetivos do estudo no Programa Microsoft Excel® 2013 e processados pelo programa Epi Info versão 7. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB) para apreciação e obteve parecer favorável sob o número 1269635\2015.

Resultados

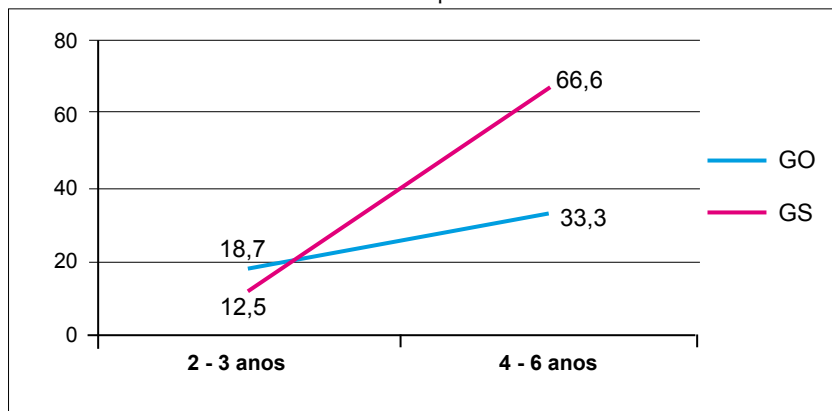
Caracterização dos participantes

A amostra apresentou maior participação de crianças de 2-3 anos de idade (51,6%), enquanto as crianças de 4-6 anos representaram 48,4% da amostra. Mais de 87% das crianças pertenciam a famílias com renda familiar até dois salários mínimos. Os pais das crianças pesquisadas apresentaram médias de anos de estudo de 9,4 (dp=3,0) no GO e 8,8 (dp=3,4) no GS.

Prevalência e Índice de cárie dentária

A prevalência de cárie dentária no GO encontrada foi de 25,8% e a do GS foi de 38,7%. Quando os grupos foram divididos por faixa etária, a prevalência de cárie na idade de 2-3 anos foi de 18,7% no GO e de 12,5% no GS ($p=0,62$) e, na faixa etária de 4-6 anos, foi de 33,3% no GO e de 66,6% no GS ($p=0,06$) (Gráfico 1).

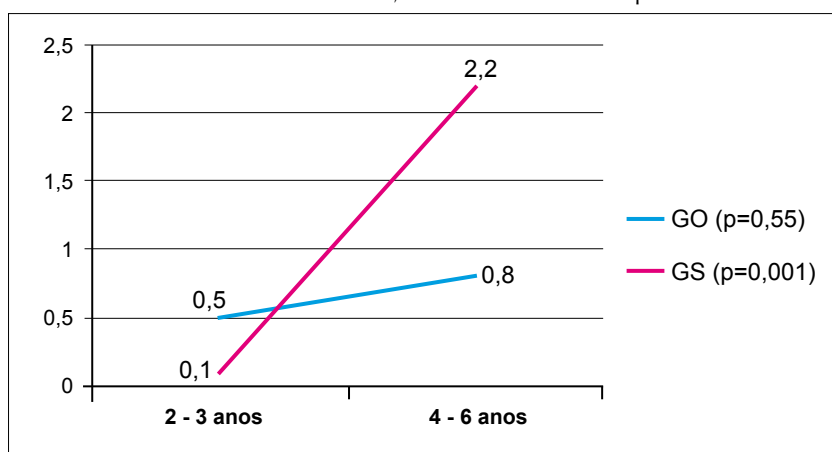
Gráfico 1 – Prevalência de cárie dentária por faixa etária



Fonte: Dados da pesquisa. GO: Grupo com puericultura odontológica; GS: Grupo sem puericultura odontológica.

Os índices de ceo-d (dentes cariados, extraídos e obturados) dos grupos GO e GS encontrados foram de 0,7 e 1,1, respectivamente ($p=0,33$). O grupo sem puericultura (GS) apresentou incremento de cárie dentária em função da idade ($p=0,001$), o que não aconteceu no grupo com puericultura (GO) ($p=0,55$) (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Índice de dentes cariados, extraídos e obturados por faixa etária



Fonte: dados da pesquisa. GO: Grupo com puericultura odontológica; GS: Grupo sem puericultura odontológica.

Na faixa etária de 4-6 anos, o índice ceo-d apresentou-se menor no grupo com puericultura odontológica (ceo-d 0,8) do que no grupo sem puericultura odontológica (ceo-d 2,2).

Discussão

Na faixa etária de 4-6 anos, o valor de 33,3% de prevalência de cárie encontrado no grupo que recebeu as ações da Odontologia na puericultura assemelha-se aos dados da cidade de Londrina no Paraná, após a incorporação pioneira do programa educativo-preventivo de Atenção Precoce em Saúde Bucal, que passou a ser desenvolvido nas unidades básicas de saúde daquele município (STOCCO; BALDANI, 2011). Enquanto isso, os valores do grupo sem puericultura odontológica, 66,6%, apresentaram-se maiores que os 53,4%, da pesquisa nacional, Projeto SB Brasil 2010. As ações odontológicas de puericultura podem ter influenciado na menor prevalência de cárie no GO, já que outras variáveis como condição socioeconômica, renda familiar, grau de formação dos pais eram semelhantes entre os grupos.

O grupo que não recebeu as ações de Odontologia na puericultura apresentou maior prevalência de cárie dentária. O mesmo verificou-se no estudo de Stocco e Baldani (2011), que avaliou bebês com idades entre 12 a 36 meses de vida; a prevalência de cárie foi maior (26%) no grupo sem acompanhamento odontológico do que no grupo com consultas odontológicas de rotina (17%). Na atual pesquisa, os pais/cuidadores das crianças que não participaram de consultas de puericultura com o CD da ESF, não foram orientados desde cedo sobre os cuidados necessários sobre a manutenção da saúde bucal de seus filhos e podem ter negligenciado práticas mais saudáveis.

Os valores dos índices de cárie encontrados no atual estudo se apresentaram melhores, ou seja, menor média de dentes cariados, perdidos e obturados, do que índices encontrados em literatura (VIEIRA *et al*, 2011; BARRETO *et al*, 2013; SANTOS JÚNIOR *et al*, 2013; BARBOSA *et al*, 2013). Essa diferença pode ser justificada pela época em que aconteceram estas pesquisas, algumas até há dez anos.

Na atual pesquisa, o índice ceo-d do grupo sem puericultura odontológica (GS) aumentou consideravelmente com o aumento da idade ($p=0,001$), de 0,1 na faixa etária de 2-3 anos para 2,2 na faixa etária de 4-6 anos. O mesmo ocorreu no estudo de Santos Júnior *et al.* (2013) no qual observou-se diferença significativa para o ceo-d em relação à faixa etária de 4-5 anos para 6-8 anos, o que já é esperado, pois a doença cárie tende a aumentar em função da idade.

Enquanto isso, o grupo com puericultura odontológica (GO) se manteve saudável; o ceo-d não aumentou ($p=0,55$) em função da idade, permanecendo as duas faixas etárias com valores de ceo-d próximos; 2-3 anos (ceo-d 0,5) e 4-6 anos (ceo-d 0,8). Estes achados sugerem que as crianças do GO da presente pesquisa têm uma tendência menor, com o passar da idade, a desenvolver cárie dentária, que as crianças do grupo sem puericultura (GS). Portanto, o programa de Puericultura se mostrou mais efetivo que o atendimento de demanda espontânea, pois obteve a manutenção da saúde bucal na população infantil do GO.

Ainda, quando a faixa etária de 4-6 anos é considerada, o índice ceo-d apresentou-se menor no grupo com puericultura odontológica (ceo-d 0,8) do que no grupo sem puericultura odontológica (ceo-d 2,2), o que significa uma menor média de dentes cariados, perdidos e obturados no primeiro grupo. Este fato se assemelha ao encontrado no estudo de Vieira *et al.* (2011), em que grupos de crianças sem acompanhamento odontológico periódico, tanto preventivo como curativo, tornou maior a probabilidade de ocorrência da doença cárie nesta população.

Portanto, após determinar o índice ceo-d e prevalência da doença cárie nos dois grupos da atual pesquisa, conclui-se que as ações odontológicas no serviço de Puericultura Interdisciplinar atuaram como fator de proteção para a doença cárie dentária. As crianças atendidas neste programa apresentaram melhores condições de saúde bucal que as não expostas às ações.

Vale salientar a relevância dos achados, que corroboram para a continuidade da atenção odontológica precoce e incentivam a reprodução deste tipo de tecnologia em outras unidades primárias de saúde, contribuindo assim para a promoção da saúde bucal de muitas crianças que participam de consultas de Puericultura Interdisciplinar.

Referências

- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. *Clinical guideline on baby bottle tooth decay/early childhood caries/breastfeeding/early childhood caries: unique challenges and treatment options*. May 2001. Disponível em: http://www.aapd.org/members/referencemanual/pdfs/Baby_Bottle_TDEEC.pdf. Acesso em: 26 Out. 2014.
- BARBOSA, R. W. *et al.* Avaliação de um protocolo educativo materno sobre parâmetros biológicos de saúde bucal infantil. *Rev. Bras. Pesq. Saúde*, Vitória, v. 15, n. 1, p. 80-88, jan./mar. 2013.
- BARRETO, D. M. *et al.* Avaliação da eficácia de uma atividade educativa preventiva com pré-escolares: estudo piloto de um ensaio clínico randomizado. *Arq. Odontol.*, Belo Horizonte, v. 49, n.3, p. 113-121, jul./set. 2013.
- BRANDÃO, I. M. G. *et al.* Cárie precoce: influência de variáveis sócio-comportamentais e do locus de controle da saúde em um grupo de crianças de Araraquara, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1247-1256, jun. 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. *Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento*. *Cadernos de Atenção Básica*, Brasília, n. 33, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- CAMPOS, R. M. C. *et al.* Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 45, n. 3, jun. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000300003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 out. 2014.
- FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. *Protocolo linhas de cuidado na atenção à saúde da criança*. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, 2012. 117p.

HALE, K. J. Oral health risk assessment timing and establishment of the dental home. *Pediatrics*, v. 111, n. 5, p. 1113-1116, maio. 2003. Disponível em: <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/111/5/1113.full.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2016.

KRAMER, P. F. *et al.* Utilização de serviços odontológicos por crianças de 0 a 5 anos de idade no Município de Canela, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 150-156, jan. 2008.

SANTOS JÚNIOR, V. E. *et al.* O impacto de um programa social brasileiro sobre a saúde bucal de crianças. *RFO*, Passo Fundo, v. 18, n. 1, p. 61-66, jan./abr. 2013.

STOCCO, G.; BALDANI, M. H. O controle das consultas odontológicas dos bebês por meio da carteira de vacina: avaliação de um programa-piloto desenvolvido na Estratégia Saúde da Família em Ponta Grossa (PR, Brasil). *Rev. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, abr. 2011.

VIEIRA A. P. G. F.; KARBAGE J. P. Impacto da atenção odontológica na saúde bucal de crianças. *RBPS*, Fortaleza, v. 24, n. 1, p.1 0-15, jan./mar. 2011.

WALTER, L. R. F. *et al.* *Manual de Odontologia para bebês*. São Paulo: Artes Médicas. 2014.

PESQUISA COM REIKI NO MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Recomendação para Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC)

*Luciana Rodrigues Cordeiro
Maria Fátima Maciel Araújo
Ângela Maria Alves e Souza*

Introdução

Dentre todas estas técnicas de imposição de mãos praticadas atualmente no Brasil, o Reiki é a que possui oficialmente um grande número de pessoas com formação, muitos estão na Estratégia Saúde da Família.

A curiosidade em conhecer a maneira como o Reiki atua no organismo, a necessidade de pesquisas na área e a ausência desta terapia na PNPIC foram impulsos para buscar a universidade e realizar oficialmente um estudo no mestrado.

Comentários e sugestões sobre a escolha do mestrado a concorrer eram sempre partilhados em grupos que possuíam o mesmo objetivo de pesquisa com PICs, surgiu a oportunidade de realizar seleção no Mestrado Profissional em Saúde da Família – RENASF/FIOCRUZ/UFC, com professores que há mais de 30 anos ensinam em disciplina opcional de PICs na graduação do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

Em 2014, a primeira autora, inicia os estudos no Mestrado Profissional em Saúde da Família – RENASF/FIOCRUZ/UFC, decidindo realizar sua pesquisa com Reiki, uma das PICs que desenvolvia há 7 anos, naquela época, dentro da atenção básica. O estudo com Reiki sempre foi um desejo, por este motivo, tentou aprovação com o mesmo projeto, em três mestrados acadêmicos, recebendo reprovação devido à temática incompreendida.

A dificuldade em aprovar uma pesquisa com Reiki deve-se à temática da espiritualidade, semelhança com uma prática da doutrina espírita e a dificuldade em mensurar as informações oriundas deste tema. Outro fator importante deve-se à falta de justificativas dos efeitos em humanos e à incompreensão da atuação desta terapia em funções fisiológicas dos humanos. Portanto os avaliadores percebiam estas questões como dificuldade em desenvolver algo aceitável para os referidos mestrados.

Em 2004 o Ministério da Saúde comprovou a popularidade do Reiki, ao gerar um diagnóstico situacional das experiências que já vêm sendo desenvolvidas na rede pública de muitos municípios e estados, revelando que, dentre as práticas complementares realizadas nos estados e municípios, destaca-se o Reiki, com percentual de 25,6%, sendo o mais desenvolvido em comparação com outras nove terapias (BRASIL, 2014).

Apesar da popularidade e do reconhecimento das PICs pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o Reiki estava fora da Política Nacional de PICs, pois, em 2006, apenas 5 terapias eram reconhecidas pelo SUS, na Portaria 971 do Ministério da Saúde – fitoterapia, acupuntura, medicina antroposófica, crenoterapia e a Homeopatia. Utilizadas em vários países para promoção da saúde, tratamento e recuperação de diversas situações de saúde e doença, em serviços públicos e privados.

Ser enfermeira da Estratégia Saúde da Família, estando diante de várias situações de saúde e doença, proporciona o ambiente ideal para inserir as PICs nos cuidados, atuando com as habilidades de ajuda e cura de uma pessoa. Assim, realizar a pesquisa com o tema: “Reiki como cuidado de enfermagem em pessoas com ansiedade no âmbito da estratégia saúde da família”, foi a decisão natural, cuja proposta foi apresentada e aprovada no dia 14 de julho de 2016. A pesquisa teve

como hipótese verificar se a energia vital externa por meio da terapia Reiki é capaz de restaurar o equilíbrio humano, melhorando a coerência cardíaca, aumentando as próprias energias internas do indivíduo, tendo um efeito restaurador, calmante e redutor da ansiedade.

Procurando na literatura científica no Brasil, não foi possível encontrar pesquisas que descrevessem comprovadamente as respostas condizentes com cada percepção e que trouxessem ao leitor a ideia de que existe algo mais na inter-relação com o organismo humano do que simplesmente a espiritualidade e a crença. Observando esta lacuna, constatou-se também que não havia pesquisas nacionais que comprovassem os efeitos por monitoramento cardíaco, gerando o interesse e a decisão de estudar dados que comprovassem a eficácia do Reiki com uso do aparelho de *biofeedback*. Deste modo, esta pesquisa busca explorar este campo de atuação relacionado à prática de cuidado com Reiki.

Métodos e objetivos

A metodologia utilizada neste capítulo será a pesquisa narrativa. O método narrativo caracteriza-se como inovador nas Ciências Humanas por considerar como um de seus instrumentos de pesquisa a subjetividade individual, oferecendo a oportunidade de dar voz aos sujeitos que pouco eram ouvidos ou tinham um pequeno espaço para expor-se (BOLDARINE, 2010).

O presente trabalho tem como objetivo apresentar o caminho percorrido por uma mestrandia que realizou pesquisa com Reiki dentro do ambiente de trabalho, colaborando para promover uma percepção deste atendimento no SUS e proporcionando sua inclusão na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC).

Discussão

História com a terapia Reiki

Em 2006, a primeira autora passou a trabalhar na ESF de Fortaleza e continuou incluindo as PICs em seu cronograma, passando

a utilizar a prática de Reiki após sua primeira iniciação, até os dias atuais. Para utilizar esta nova forma de cuidar antes da publicação da PNPIC, houve sempre a necessidade de realizar acordos com a coordenadora da Unidade de Saúde Pedro Celestino Romero, Dra Uliana Almeida Sampaio, para incluir no cronograma quatro horas de atendimento com terapias complementares. A inclusão deste momento de cuidado sempre foi justificada à coordenação com os depoimentos de pacientes que relatavam melhora de suas queixas, mas havia dificuldade em orientar a população a respeito dos cuidados necessários para o horário de atendimento com PICs, que requer recolhimento, silêncio e mais tempo de interação entre o paciente e a enfermeira.

Segundo Souza *et al.* (2012), esta prática em que acordos são realizados para inserir PICs nos cronogramas de atendimento é bem comum. Em uma pesquisa realizada no Brasil sobre a atuação de profissionais nas PICs, foi possível observar que alguns profissionais faziam um “acordo informal” com a coordenação da unidade de saúde para realizar práticas integrativas e complementares, como a dança circular, a shantala e o toque terapêutico em Campinas, o Reiki e a acupuntura em Recife, e em várias ESF de Florianópolis.

O Reiki sempre foi a técnica mais utilizada no local de trabalho da autora, por utilizar somente as mãos, sem custos para o ambiente de trabalho e por ter três agentes comunitários de saúde reikianas, atuando em conjunto durante a assistência à população.

A história das iniciações em Reiki possui uma conotação diferenciada de outras pessoas, fato explicado nas iniciações de novos reikianos. As iniciações como mestre de Reiki ocorreram por três vezes, sendo duas no Reiki Usui Tradicional e uma no Reiki Tibetano.

A primeira iniciação ocorreu de modo particular com a professora Kelma Matos, em 19 de maio de 2007, tornando-se no mesmo ano Mestre de Reiki Usui Tradicional. Neste mesmo ano as aplicações da terapia foram inseridas na atenção básica com o apoio da coordenação da unidade e da Secretaria de Saúde de Fortaleza.

A outra iniciação na mesma modalidade de Reiki Usui Tradicional ocorreu devido à necessidade de aderir a um grupo, que estava iniciando um projeto em 2009, de expansão da terapia Reiki em Fortaleza, com

capacitação de funcionários de nível médio e superior. A ideia surgiu de uma freira e de sua aluna. No projeto as pessoas capacitadas teriam a missão de ajudar a formar novos reikianos, todos seriam devidamente certificados por uma determinada associação.

O grupo fazia encontros no Espaço Ekobé, localizado na Universidade Estadual do Ceará, com profissionais ligados à Prefeitura Municipal de Fortaleza e vários voluntários com militantes da educação popular em saúde. Este grupo não aceitou a primeira iniciação em Reiki da autora, realizada em 2007, por falta de um certificado de associação, ligado ao Reiki e às PICs.

O desejo de ajudar na expansão do Reiki no município levou a autora a participar de todas as formações novamente, do Nível I ao IIIB, assumindo o compromisso de repassar o conhecimento a outras pessoas nos cursos oferecidos pelo grupo, por um determinado período de tempo. Saiu do grupo em 2011, após cumprir o compromisso mencionado, passando a desenvolver as PICs em Fortaleza e realizar iniciações em Reiki em várias localidades de Fortaleza, universidades e no estado do Ceará.

Permaneceu o reconhecimento à primeira mestra e a validade da certificação anterior, pois a certificação para muitos mestres de Reiki é realizada sem instituições ou associações, sendo o Reiki uma terapia energética vibracional que colabora para o crescimento pessoal dos praticantes.

O mestrado e a pesquisa com Reiki

Em nove anos de atuação com Reiki, a primeira autora escutou vários relatos a respeito da terapia, envolvendo as sensações, o relaxamento, o bem-estar e a melhora de dores, que aguçaram seu interesse quanto à atuação da imposição de mãos no corpo físico e energético, capazes de gerar tantos benefícios. Surgiu assim, o objetivo de investigar através de pesquisa, mensurando tais benefícios no atendimento rotineiro da Estratégia Saúde da Família.

Ser a única pesquisa com terapia energética não reconhecida pelo MS/SUS, gerou expectativa dos colegas de turma e alguns elogios e

desconfianças. A inovação de uma pesquisa que utiliza a energia das mãos como instrumento principal, para leigos e religiosos extremistas, está geralmente ligada ao espiritismo. Portanto surgiram questionamentos de colegas e professores; em outros casos ajuda importantíssima, daqueles cuja mente estava aberta para novos caminhos do cuidado.

A utilização de metodologias ativas na construção do conhecimento levou a caminhos diversos dentro dos estudos no mestrado. O tema direcionado à ansiedade, emoção presente em profissionais e na população com grande intensidade, foi escolhido mediante a observação e apresentação dos seminários em sala de aula.

Outro movimento importante da pesquisa foi a resolução de conflitos na coleta de dados, em um momento de aula e troca de informações entre colegas de turma, atividade conhecida como Grupo de Trabalho, foi comentado pela primeira autora a falha no aparelho utilizado na coleta e surgiu de um colega a resposta para a situação: “Você lembra que nós causamos interferência em aparelhos eletrônicos com sinais de rádio frequência?”. Neste momento foi possível um questionamento de tudo que estava acontecendo na pesquisa e uma descoberta ainda não revelada.

O aparelho não suportou a energia Reiki emitida no ambiente e parou de funcionar, comprovando a expansão da energia no local, não somente no receptor e seus chakras. Um fato importante que o fabricante desconhecia e passou a inserir nas especificações do manual do usuário.

Deixando clara a necessidade dos Grupos de Trabalho e a troca de conhecimentos dos mestrandos, geralmente nestes momentos em que os colegas falam de suas realidades há uma nova ideia que pode ser aplicada para melhorar outro serviço.

Resultados

A dissertação com Reiki e a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

O desejo de conhecer e praticar uma técnica de imposição de mãos surgiu desde o ano de 1995, quando a primeira autora comprou seu primeiro livro de Reiki. A idealização da dissertação baseou-se na

utilização de Práticas Integrativas como cuidado de enfermagem desde o ano de 2005, no Posto de Saúde do Alto Fechado (Pacatuba-Ceará), inicialmente com Terapias Tradicionais Chinesas, nas quais a autora tornou-se especialista. Neste período houve a primeira observação de uma aplicação de Reiki, durante atividades com o grupo de idosos, despertando interesse e curiosidade, ao escutar o relato de relaxamento da idosa que recebeu o cuidado. Esse interesse se concretizou principalmente por afinidade com as PICs, levando a uma busca por várias capacitações, dentre elas em Reiki, realizada em 2007. A técnica passou a ser aplicada frequentemente durante as consultas de enfermagem dentro do ambiente de trabalho na Estratégia Saúde da Família, buscando sempre conhecer e explicar as percepções relatadas por pacientes e mestres durante os atendimentos. Isso impôs a necessidade de conhecer pesquisas, evidências e referências baseadas na experiência de outros mestres de Reiki, capazes de realizar tais esclarecimentos.

Diante das prerrogativas das políticas públicas, pensava na possibilidade de inserir as PICs como mais uma opção de atendimento na atenção básica. Tesser et al. (2018) afirmam que os serviços que possuem a Estratégia de Saúde da Família – ESF servem de porta de entrada para as PICs, já que há sobreposição dos valores compartilhados por ambas, dando ênfase ao acolhimento do diagnóstico da pessoa, não apenas da doença.

Atualmente o Reiki é aplicado por vários profissionais e acadêmicos, sendo uma prática que exige baixos ou inexistentes custos financeiros (NOGUEIRA, 2014). Constata-se na literatura nacional o fato de que, mesmo sendo essa prática bastante sistematizada, ainda há poucas pesquisas feitas em Unidades Básicas de Saúde (UBASF) e Estratégias de Saúde da Família (ESF).

A portaria ministerial de 6 de maio de 2006 inseriu cinco práticas integrativas e complementares nas ações do SUS, criando a Política Nacional de PICs. Desde a publicação desta portaria, havia a necessidade de inserção de novas práticas que há muito tempo eram desenvolvidas no país e não havia meio de registrar devido à falta de reconhecimento.

No período da defesa da dissertação, em 2016, o Reiki ainda estava ausente da Política Nacional de Práticas Integrativas e Comple-

mentares, possivelmente por considerá-la “energética” e “espiritualista”, sendo difíceis de mensurar e comprovar.

Uma das avaliadoras da dissertação foi a professora Dra. Roci-neide Ferreira da Silva, professora da Universidade Estadual do Ceará, enfermeira e Mestre de Reiki. Após a defesa, a avaliadora indicou a leitura da pesquisa de sua mestra de Reiki Dra. Vera Lucia de Azevedo Dantas (médica) e Mestra de Reiki da primeira autora.

Alguns dias depois a Dra. Vera telefonou para a autora perguntando se havia interesse em enviar a pesquisa para o Ministério da Saúde, Coordenação das PICs, para participar da fundamentação científica do Reiki para inserção na PNPIC. Prontamente a autora aceitou e enviou a dissertação por e-mail e recebeu resposta em agradecimento pelo envio e contribuição do Sr. Lairton Bueno, servidor do Núcleo de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde - Coordenação Geral de Áreas Técnicas (CGAT) - Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde.

Compartilho o e-mail que comprova o recebimento da dissertação e a finalidade do pedido.

De: Lairton Bueno Martins <lairton.martins@saude.gov.br>
Enviado: segunda-feira, 5 de setembro de 2016 09:35
Para: luciana cordeiro; Vera Lucia de Azevedo Dantas
Assunto: RES: REIKI - REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA PARA INCLUSÃO DE PROCEDIMENTOS

Bom dia Luciana,

Desde já agradecemos pela contribuição. Ampliar e qualificar as possibilidades de cuidado no SUS é a nossa missão.

É uma alegria saber de tantos parceiros que estão juntos nesta caminhada.

Em breve começaremos as negociações para incorporação do Reiki na PNPIC.

Abraços,

Atenciosamente,

Lairton Bueno Martins

Núcleo de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

Coordenação Geral de Áreas Técnicas (CGAT)

Departamento de Atenção Básica (DAB)

Ministério da Saúde | (0xx61) 3315-9034 <http://dab.saude.gov.br>

Várias pesquisas foram lidas durante a criação da nova portaria, dentre elas a dissertação que a autora escreveu, para concluir o Mestrado Profissional em Saúde da Família.

Durante a criação de uma portaria, existe a formação de um grupo de trabalho, a nível ministerial, que busca estudos que comprovem a eficácia de determinada terapia, para criar uma portaria e inseri-la na PNPIC.

A contribuição como referência científica do Reiki promoveu uma grande emoção e a sensação de dever cumprido. Após tantos anos realizando terapias sem o devido registro, atualmente é possível atender no SUS com Reiki e ver o nome da terapia em uma portaria que traz o número de SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006*. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2006b. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-971.htm>. Acesso em: 06 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso*/Ministério da Saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 96 p.

BOLDARINE, R. F. *Representações, narrativas e práticas de leitura: um estudo com professores de uma escola pública*. 2010. 102f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista, São Paulo, 2010.

NOGUEIRA, M. V. B. *et al.* PRO-PET saúde UFC e terapia Reiki: relato de experiência. CONGRESSO INTERNACIONAL DA REDE UNIDA, 11., 2014, Botucatu. *Anais [...]*. Botucatu: Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 2014. supl. 3.

OLIVEIRA, R. M. J. *Efeitos da prática do Reiki sobre aspectos psicofisiológicos e de qualidade de vida de idosos com sintomas de estresse: estudo placebo e randomizado*. 2013. 191 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

SOUZA, I. M. C. *et al.* Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n.11, nov. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001100014&lng=en&nrm=iso&tlng=en. Acesso em: 10 julho de 2019.

TESSER, C. D.; SOUSA, I. M. C. de; NASCIMENTO, M. C. do. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. *Saúde em Debate*, v. 42, p. 174-188, 2018. Número especial. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s112>. Acesso em: 14 jul. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Traditional Medicine Strategy*. Geneva, 2002. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_TRM_2002.1.pdf. Acesso em: 24 fev. 2019.

DOMINÓ DOS MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS

Elaborado em oficinas educativas para promoção da Saúde da Mulher

*Fabíola Gessika Coelho Bezerra
Gemimma de Paiva Rêgo
Marcela Marques Jucá Fernandes
Maria Fátima Maciel Araújo*

Introdução

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo restrita, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares (BRASIL, 2011).

Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando, especialmente, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo (BRASIL, 1984).

Estudos realizados para avaliar os estágios de implementação da política de saúde da mulher demonstram a existência de dificuldades na implantação dessas ações e, embora não se tenha um panorama abrangente da situação em todos os municípios, pode-se afirmar que a maioria enfrenta ainda dificuldades políticas, técnicas e administrativas (BRASIL, 2011).

A ideia de uma proposta de educação para saúde ampliada que articula políticas públicas, ambientes apropriados e reorientação dos serviços de atenção à saúde da mulher faz a proposta central desse estudo sobre o uso do jogo educativo e a capacidade deste de influenciar o cuidado à saúde da mulher como estimuladores do diálogo, debate e trocas libertadoras, comprometidas com o desenvolvimento da sua cidadania.

Nesse contexto, a educação para a saúde consiste em prover aos indivíduos, famílias e comunidades os meios necessários para que possam adotar um estilo de vida saudável, tendente a promover e proteger sua saúde. Para alcançar um nível adequado de bem-estar físico, mental e social, as pessoas devem poder identificar e satisfazer suas necessidades básicas em termos de saúde, ter a capacidade para adotar mudanças de comportamentos, práticas e atitudes, além de dispor dos meios necessários à operacionalização dessas mudanças (BRASIL, 1998).

A educação em saúde tem um lugar significativo na conquista dos níveis de qualidade da atenção à saúde da mulher nos serviços de saúde. Vale nesse registro reafirmar que, em alguns desses serviços, algumas experiências pioneiras permitiram avanços na visão ampliada do cuidado à saúde da mulher, influenciando a superação do caráter mercantil, biologista. São experiências esparsas e pontuais geralmente influenciadas pelos movimentos sociais organizados por mulheres e alguns homens que a cada época foram acolhidos ou ameaçados.

Pensar a educação para a saúde da mulher com uso de jogos educativos é recusar os códigos pré-estabelecidos; é pensar, em meio a crises que desafiam profícuos debates para romper as amarras segregadoras e deflagrar, em cada espaço, cada canto, pequenas revoluções cotidianas, no debate instigador que articula passado (memória), presente (visão) e futuro (expectativas). Nesse movimento vai se desve-

lando a consciência histórica dos indivíduos contemporâneos em relação aos cuidados à saúde da mulher.

O processo educativo nos serviços de saúde da atenção primária, mesmo apoiado em políticas de atenção integral à saúde da mulher, onde se integra a assistência às ações de educação para a saúde, ainda é carente de propostas que tragam elementos mais amplos para o debate da saúde da mulher. Observam-se essas práticas que se desenvolvem na centralidade de palestras e conteúdos fragmentados que, mesmo na sua importância pedagógica, não têm tido ressonância com a cultura local, reduzindo as chances de que a realidade da mulher seja tratada na sua integralidade.

Essa integralidade não exclui as singularidades e especificidades próprias do feminino que às vezes são esquecidas em nome do coletivo. Romper essas barreiras somente será possível em meio a propostas educativas ampliadas e vivenciadas em contextos metodológicos mais participativos.

Entre os métodos e técnicas de trabalho de participação, as oficinas representam um método significativo no contexto da educação para a saúde da mulher, pois parte do princípio do conhecimento prévio das participantes e tem por objetivo investigar, pensar, fazer, sensibilizar ao abordar temáticas variadas. Pode proporcionar informação, experimentos e desenvolvimento de pesquisa em clima de interação entre os participantes que vão se organizando, planejando e criando meios e intervenções para cuidar de si – o autocuidado.

As oficinas difundidas tanto nos ambientes de formação em saúde como nos grupos sociais têm, ao longo do tempo contribuindo sobremaneira para os avanços e conquistas na saúde da mulher. No Ceará vêm se constituindo como uma ferramenta de intervenção (agir/fazer), pesquisa (investigar/informar/evidenciar) e nesse caso se presta à busca de informações em contextos grupais que têm base na pesquisa-ação.

No entendimento de Araújo *et. al.* (2013), a oficina se constitui em uma abordagem propícia à pesquisa; pois, ao ancorar-se no ser humano como centro da produção do conhecimento, ela pode gerar um potencial de informações que pode provocar reflexões onde as próprias

mudanças vão acontecendo. Enfatiza a ação dialógica nessa situação por meio de elementos simbólicos, mobilizando a dimensão criativa dos participantes no sentido de informar/pensar/ressignificar conceitos, valores, estratégias de intervenção. Contribui para a análise mais fidedigna de elementos subjetivos vividos que aparecem nas experiências de grupo com uso do método de oficinas utilizadas nos processos investigativos voltados à saúde da mulher.

A oficina se destaca como ferramenta de pesquisa pelo fato de, nesse contexto investigativo, também acontecer a negociação de sentidos em clima de interanimação dialógica e coconstrução interpessoal de identidade, cujo jogo de posicionamento faz fluir a multiplicidade de contrastes e versões sobre o tema investigado (SPINK *et al.*, 2014).

Ao propor a visão afirmativa do jogo no processo de educação para a saúde da mulher, o interesse está ligado ao fato de que não é o jogo educativo em si mesmo que contribui para a educação, mas é o uso do jogo como meio em um conjunto de ações que permite trazer sua contribuição indireta à educação para a saúde entre mulheres.

No Brasil, um país de grande diversidade sociocultural e acentuada elitização dos meios de comunicação, a efetividade das ações preventivas depende, em grande medida, do uso de meios alternativos como: literatura de cordel, teatro popular ou fantoches, jornais, murais, painéis ou cartazes; mensagem em para-choques de caminhões, vela de jangada, caixas coletoras de lixo; inscrições em muros, pedras, tapumes; faixas; sistemas de som, mensagens em contas, enfim, todas e quaisquer outras modalidades que o imaginoso olhar popular possa criar (BRASIL, 1998).

Entre outros meios de comunicação encontramos os jogos educativos usados como uma proposta ampla de educação, pesquisa, podendo constituir-se de um instrumento de reflexão adaptado a todos os contextos e situações (BROUGERE, 1998).

O intercâmbio de experiências e conhecimentos com apoio de tecnologias de informação e educação, no campo da saúde da família, tem sido considerado a melhor forma de promover a compreensão do ser humano na integralidade do cuidado. Proporcionar aprendizagem é a mais frequente importância apontada para o jogo em relação à educação

para a saúde da mulher a que se destina, considerando ser o meio mais adequado para sua construção, processos com base de pesquisa-ação.

Método

Pesquisa-ação é caracterizada como um tipo de pesquisa social com base empírica concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo, no qual o pesquisador e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo (THIOLLENT, 1988).

Diante disso, a metodologia em referência foi selecionada por sua potencial riqueza para provocar diálogos e produzir informações, socialização de ideias, liberdade de expressão, relevantes elementos para tomada de decisões sobre a vida cotidiana em todas as necessidades da vida da mulher (ARAÚJO *et al.*, 2013). Essa metodologia é baseada na compreensão e na resolução de um problema do contexto que considera os sujeitos socioculturais, a libertação e a emancipação rumo à plena humanização como propósito maior da educação para a saúde (FREIRE, 1983).

A organização do percurso metodológico foi guiada pelas fases sugeridas por Thiollent (1988). A primeira fase como ponto de partida ou fase exploratória (levantamento da situação atual, visões, expectativas e seus desdobramentos na vida da mulher e organização dos pontos-chaves); a segunda fase como ponto de chegada ou fase dos resultados e avaliação (soluções apontadas e medidas de avaliação).

Ainda entre essas fases, uma fase intermediária (lugar da teoria), como caminho escolhido em função da necessidade de mergulhar em fontes de conhecimento e autores que fomentem o argumento em todas as etapas do processo investigativo e das circunstâncias teórico-conceituais que se apresentam.

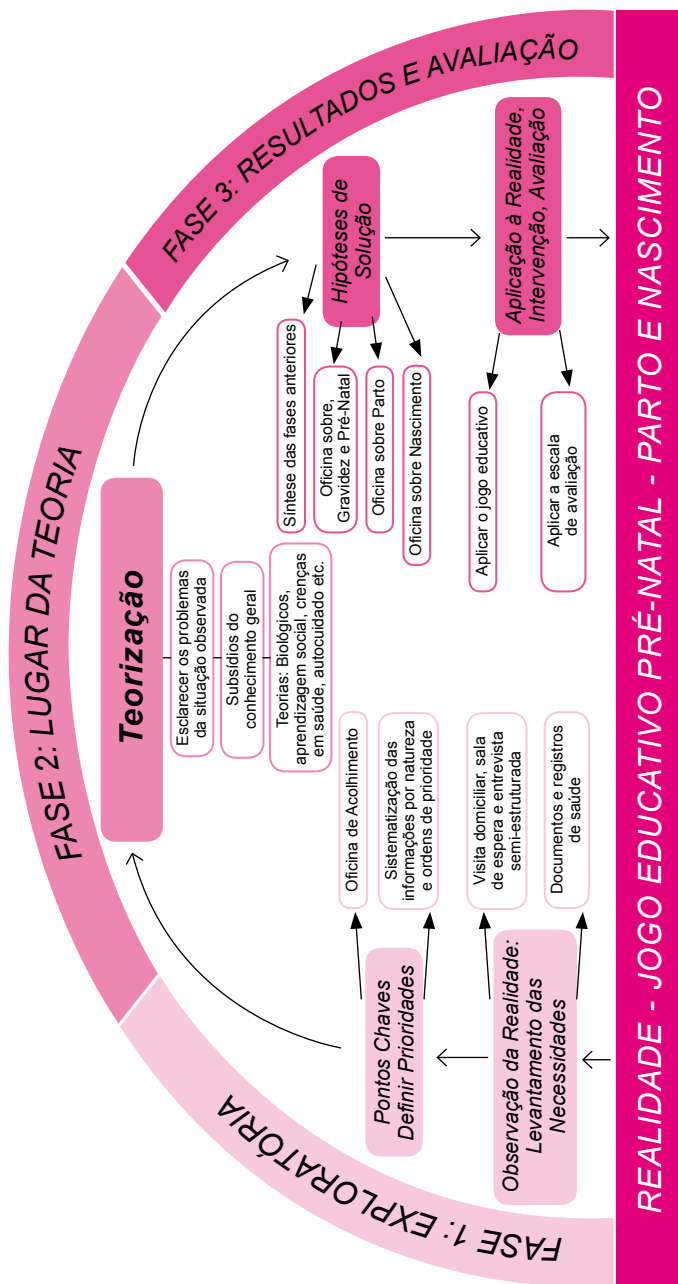
Na construção do processo metodológico da pesquisa, utilizou-se o caminho sugerido por Charles Maguerez, o método do arco, adaptado de Bordenave e Pereira (2008) para o contexto dessa investigação de base intervencionista.

A Figura 1 representa a materialização do caminho da investigação tendo foco orientado para o processo de planejamento, execução, resultados e conclusões da pesquisa. Para efeito dessa pesquisa se orienta o método em cinco etapas:

- 1ª etapa – Observação da realidade – levantamento das necessidades;
- 2ª etapa – Pontos chaves, problemas e definição de prioridades;
- 3ª etapa – Teorização – estabelecer campos de atuação;
- 4ª etapa – Hipóteses de solução – caminhos de intervenção;
- 5ª etapa – Aplicação à realidade, intervenção, avaliação cujo detalhamento será descrito.

Esse capítulo aborda um recorte da dissertação “Jogo educativo: instrumento para retomada da discussão da saúde da mulher na gravidez, parto e nascimento”. A referida pesquisa foi realizada com 44 gestantes, participantes do estudo e em acompanhamento pré-natal em uma Unidade Básica de Saúde da Família do município de Caucaia- Ceará. O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (UFC), aprovado sob o número 1.403.820, respeitando os preceitos éticos regulamentados pela Resolução nº 466 de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

Figura 1 – Método do arco de Charles Maguerez adaptado para uso em pesquisa-ação sobre jogos educativos na saúde da mulher: gravidez, parto e nascimento



Fonte: adaptado das ideias do método do arco de Charles Maguerez (BORNEDAVE; PEREIRA, 2008) pela pesquisadora.

Resultados e discussão

Para esse capítulo destacamos a fase 3, resultados e avaliação, todo o material já produzido pelas participantes do estudo na fase anterior foi utilizado como recurso necessário e de apoio para a produção de jogos educativos. Nessa fase se adquiriu um modo instrumental no ato de saber fazer, contextualizando objetivos e caráter de inovação tecnológica para a confecção de jogos educativos.

Em relação ao material produzido pelas participantes sobre os métodos anticoncepcionais foram apontados: o preservativo masculino e feminino, anticoncepcionais orais e injetáveis, o dispositivo intrauterino (DIU) e a laqueadura tubária.

A atenção em saúde sexual e em saúde reprodutiva é uma das áreas de atuação prioritárias da Atenção Básica à Saúde. Deve ser ofertada observando-se como princípio o respeito aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos, sendo imprescindível realizar abordagens que considerem os aspectos sociais, econômicos, ambientais, culturais, entre outros, como condicionantes e/ou determinantes da situação de saúde (BRASIL, 2010).

Encontram-se entre os direitos reprodutivos o direito de as pessoas decidirem, de forma livre e responsável, se querem ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas; o direito de acesso a informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não ter filhos; o direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição e violência (BRASIL, 2010).

Estudos indicam que os profissionais da Atenção Básica não se sentem preparados para implementar as ações referentes ao planejamento reprodutivo, sendo o enfoque educativo um dos elementos fundamentais na qualidade da atenção prestada em saúde sexual e saúde reprodutiva. Recomenda-se que as práticas educativas façam uso de metodologia participativa, com abordagem pedagógica centrada no sujeito, considerando o conhecimento e a experiência dos participantes, permitindo a troca de ideias sobre sexualidade, reprodução, relacionamento humano e sobre os fatores socioeconômicos e culturais que influenciam nessas questões. Essa metodologia estimula a pessoa a cons-

truir um processo decisório autônomo e centrado em seus interesses (BRASIL, 2010).

As práticas educativas tradicionais, tais como as “palestras”, não se mostram efetivas por não levarem em conta as concepções prévias e situações de vida dos sujeitos envolvidos, sendo muito importante oferecer diferentes opções de métodos anticoncepcionais para todas as etapas da vida reprodutiva, de modo que as pessoas tenham a possibilidade de escolher o método mais apropriado às suas necessidades e circunstâncias de vida (BRASIL, 2010).

Brasil (2010) classifica os métodos anticoncepcionais em temporários (reversíveis); hormonais: orais (combinados, monofásicos, bifásicos, trifásicos, minipílulas), injetáveis (mensais e trimestrais), implantes subcutâneos; percutâneos, adesivos; vaginais (comprimidos e anel), sistema liberador de levonorgestrel (siu); barreira: feminino (diafragma, espermaticida, esponjas, capuz cervical, preservativo feminino) e masculino (preservativo masculino); intrauterinos diu de cobre e diu com levonorgestrel; comportamentais ou naturais: tabela ou calendário (ogino-knaus), curva térmica basal ou de temperatura, sintotérmico, *billings* (mucocervical), coito interrompido; e definitivos (esterilização): feminino (ligadura tubária) e masculino (vasectomia).

A partir das discussões durante as oficinas, possibilitou-se a elaboração dos jogos educativos, que permitiram às participantes reconhecerem suas ideias, se expressarem e participarem ativamente da construção dos jogos e de novos conhecimentos.

As dúvidas que surgiram foram discutidas no grupo, em que foi possível levantar hipóteses de solução por meio dos jogos. O fator que possibilitou a escolha dos jogos e a forma de abordagem foi o conhecimento prévio das participantes e o levantamento de necessidades, a partir do que foi possível definir as prioridades e pontos-chave.

A identificação dos pontos-chave e o agrupamento das temáticas permitiram confeccionar quatro jogos (conforme Figura 2). Nesse capítulo, evidenciamos a elaboração de um dominó para tratar sobre os métodos anticoncepcionais.

Figura 2 – Temáticas agrupadas durante a realização das oficinas



Fonte: dados da pesquisa.

Dominó dos métodos anticoncepcionais

Objetivo: foi proposto o dominó dos métodos anticoncepcionais tendo como objetivo encaixar a definição de acordo com a imagem de outra peça correspondente, a fim de formar uma sequência.

Conteúdo: o jogo possui 21 peças, cada uma dessas peças é formada por uma imagem/desenho (lado esquerdo) e por uma definição (lado direito) diferente, ou seja, sem relação entre si.

Regras: nesse jogo o número de participantes fica restrito a três ou sete. São colocadas as peças na mesa, viradas para baixo, depois misturam-se e dividem-se as peças entre as participantes, explicando que cada imagem tem sua própria definição. As participantes juntas devem tentar encaixar todas as peças. Qualquer participante pode iniciar o jogo, desde que uma sequência seja respeitada, de modo que uma de cada vez tenha a chance de jogar sua peça. Seguindo em sentido horário, a participante deve colocar na superfície a peça contendo a respectiva imagem e/ou definição correspondente à peça que está em jogo. Cada participante que não tenha a peça adequada, cederá sua vez para a próxima. As peças serão dispostas como em um dominó conven-

Referências

ARAÚJO, M. F. M. *et al.* Educação em Saúde: Reflexões para a Promoção da Vigilância à Saúde. *Epidemiologia & Saúde*. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.

BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. M. *Estratégias de ensino-aprendizagem*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Guia de produção e uso de materiais educativos. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Resolução nº466, 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas técnicas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 jun. 2012. Seção 1, p. 59.

BROUGERE, G. *Jogo e educação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. 21. ed. Rio de Janeiro: Paz e terra, 1983.

SPINK, M. J.; MENEGON, V. M.; MEDRADO, B. Oficinas como estratégia de pesquisa: articulações teórico-metodológicas e aplicações ético políticas. *Psicologia & Sociedade*, v. 26, n. 1, p. 32-43, 2014.

THIOLLENT, M. *Metodologia da pesquisa-ação*. São Paulo: Cortez Atores Associados, 1988.

PROMOÇÃO DE GRUPO TERAPÊUTICO DE APOIO AO LUTO, PERDA E SEPARAÇÃO PLUS+ TRANSFORMAÇÃO

Reinventando a vida juntos

*Ângela Maria Alves e Souza
Andréia Cíntia Eufrásio Soares
Diego da Silva Ferreira*

No ano de 1998 no CAPS/SER III, a enfermeira Dra. Ângela Maria Alves e Souza inicia o desenvolvimento de um grupo de apoio a perdas, inicialmente denominado Queixas Difusas (em razão do caráter sintomatológico somático de seus integrantes). Dois anos após esta data, em 2000, é fundado então o Plus+ (Projeto Integrado de Pesquisa e Extensão em Perda, Luto e Separação) pelo psiquiatra Fábio Gomes. No ano de 2003, este projeto é passado à coordenação da Dra. Ângela pelo convite das plusianas enfermeiras Dra. Débora Moreira e Dra. Georgia Gurgel, o qual passa, a partir de então, a se chamar Plus+ Transformação. Nos primeiros nove anos de sua existência, o projeto contou com a colaboração de três coordenadoras auxiliares: a psiquiatra Dra. Antônia Lúcia de Oliveira Correia Queiroz e as assistentes sociais Dra. Maria Fabíola Benevides Bonfim (no período de 2000-2002) e Dra. Maria das Graças Anastácio Alves (no período de 2002-2009).

No segundo semestre do ano de 2009, o local de atendimento ao grupo Plus+ Transformação passou do CAPS/SER III para o Depar-

tamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, permitindo então a gradual ruptura com o estigma de que o grupo era apenas “instituído para doentes mentais”. Isso possibilitou que qualquer pessoa da comunidade que estivesse passando pelo processo de perda, luto e/ou separação pudesse se sentir confortável a frequentar e a usufruir dos serviços ofertados pelo projeto.

São alguns de nossos objetivos

- Prestar assistência de enfermagem tendo como referência o cuidado afetuoso, isto é, com amor, carinho e muitos abraços terapêuticos;
- Esclarecer e suscitar reflexões e discussões em torno dos temas *Perda, Luto e Separação*, bem como capacitar os integrantes acerca dos assuntos centrais do projeto.

Atividades de pesquisa e extensão

O Laboratório de Práticas Alternativas em Saúde (LABAS-DENF-UFC) realiza terapias de auriculopuntura e acupuntura TUNG, reflexologia, meditação, visualização criativa, florais de Bach, aromaterapia, musicoterapia, cromoterapia e toque terapêutico. O laboratório atua ainda na formação em arteterapia, na escrita de livros de abordagem em grupo e de terapia do luto, além da enfermeira do abraço e do amor.

Grupo terapêutico de apoio ao luto

O luto é um processo necessário à vida de quem sofre uma perda. Ter um espaço para ele nos diversos âmbitos das nossas vidas é essencial e mais que um direito de quem perde alguém, é também um dever que temos uns com os outros. O Grupo de Apoio ao Luto do Plus+ Transformação parte então desse princípio e oferece à comunidade um espaço coletivo que legitima o luto como um recurso de saúde não só para o enlutado, mas para a sociedade. A ideia é fazer da dor uma possibilidade de aprendizado e de reconstrução.

Os temas morte e luto frequentemente ainda são tratados como tabus, havendo uma deficiência na forma como as pessoas elaboram e vivenciam esses processos, como se houvesse uma falha na educação intrapessoal e coletiva para lidar com a morte. Na atualidade uma das dificuldades encontradas é o empobrecimento de um fator que é de fundamental importância para a elaboração do luto: os rituais de morte, que são também elementos que conferem respeito e dignidade à memória do morto. Isso deixa as pessoas próximas do falecido sem referências e sem bases psicológicas e emocionais para lidar com a perda; ninguém sabe então o que dizer ou fazer diante dela. Ao participar dos encontros promovidos pelo Grupo de Apoio ao Luto, os participantes têm a oportunidade de transformar os seus sofrimentos em boas ações ao passo em que há a ajuda ao próximo e o compartilhamento de aprendizados, conforto e solidariedade. Isso faz, aos poucos, com que a dor seja redimensionada em, principalmente, força e amor próprio, consistindo isso, por sua vez, em um dos caminhos de elaboração de seus próprios lutos.

O que é o grupo apoio/suporte

O grupo de apoio/suporte em estudo é formado por mulheres e homens com sintomas de diagnósticos médicos como transtorno de ansiedade (pânico, somatoformes, generalizada), e transtorno depressivo leve em diferentes faixas etárias e graus de escolaridade, vivenciando diferentes ciclos de vida familiar. O grupo foi criado em janeiro de 1999. Atualmente a entrada no grupo só ocorre quando o profissional que realiza a triagem geral pela qual passam todos os usuários do CAPS, conclui sua avaliação com o encaminhamento formal da pessoa ao grupo. Atualmente, as coordenadoras são duas profissionais, uma enfermeira docente (primeira autora) e uma assistente social (Maria das Graças Anastácio Nascimento), que facilitam e estimulam a verbalização e a expressão das emoções para aliviar o sofrimento através da escuta terapêutica, de modo que cada participante nas sessões descreve sua convivência cotidiana.

Um dos objetivos de um grupo de acadêmicos da Universidade Federal do Ceará é a preparação para o enfrentamento de perdas ocor-

ridas e vivenciadas em seu processo de ensino-aprendizagem, este grupo é denominado Projeto Integrado de Ensino, Pesquisa e Extensão em Perda, Luto e Separação – PLUS⁺.

Criado desde 1999 é composto por acadêmicos dos cursos de graduação em Enfermagem, Psicologia e Medicina, e tem como eixos principais: orientar e educar a comunidade acadêmica da área da saúde sobre os temas “Perda, Luto e Separação”; assistir por meio de acompanhamento a grupos de pessoas que estejam vivenciando situações relacionadas aos assuntos estudados e estabelecer um núcleo de estudos, pesquisa e treinamento. Além destes temas, também foram ampliados os de oncologia e suicídio (SOUZA; ALVES; ARAÚJO, 2006). Um dos eixos das atividades desenvolvidas no Projeto PLUS⁺ é o acompanhamento por meio da abordagem grupal e, como entendemos que esta assistência está ligada à área da saúde mental, buscamos como instituição de ensino, pesquisa e extensão a parceria com o Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, serviço de saúde mental, que tem como proposta a reabilitação, a reintegração do indivíduo na sociedade. O grupo terapêutico desenvolvido nesta pesquisa foi chamado de grupo PLUS⁺ TRANSFORMAÇÃO, coordenado por uma enfermeira e uma assistente social (UFC) e pelos acadêmicos do projeto.

O tema “perda” está diretamente ligado a sentimentos de dor, sofrimentos, evidenciando a fragilidade humana. O papel da Tanatologia, ciência que estuda a morte em seus diferentes aspectos, está diretamente ligado desde a comunicação de más notícias, a fases vivenciadas por um paciente gravemente enfermo, até o processo de luto. Sendo o luto, uma perda, uma separação de alguém ou de algo significativo ou de alguma situação específica, entendemos que todo ser humano está sujeito a passar por esse processo, que traz fatores que diminuem a qualidade da saúde mental do indivíduo.

Em qualquer etapa da nossa vida estamos sujeitos a conviver com pessoas ao nosso redor, assim compartilhamos de sua presença física, de sua história e de suas relações com o mundo. Partindo da ideia de que todo ser humano tem a necessidade de estabelecer a manutenção de vínculos na vida, surge o comportamento do apego que, segundo Bowlby (1982), é concebido como qualquer forma de comportamento

que resulta em que uma pessoa alcance ou mantenha proximidade com algum outro indivíduo diferenciado e preferido, o qual usualmente é considerado mais forte ou mais sábio. Esta definição procura explicar por que cada perda que sofremos tem um nível de dor e de sofrimento relativo. O luto surge como uma perda, por separação ou afastamento físico do objeto amado que comumente leva à renúncia do objeto, gerando dor emocional.

Referencial teórico

Fases do luto

Elisabeth Kübler-Ross, psiquiatra suíça, após suas experiências com pacientes gravemente enfermos descreveu em seu livro *On death and dying*, publicado em 1969, traduzido para o português com o título *Sobre a morte e o morrer*, os cinco estágios vivenciados por pacientes nesta situação e estendidos para o processo de elaboração do luto. Estes são: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação.

Cada uma dessas fases tem suas características e há diferenças de uma pessoa para outra, tanto no que se refere à duração quanto à forma de cada fase, nem sempre ocorrem nesta ordem e nem são todas experimentados por todos os pacientes. A duração e a intensidade desses sentimentos vão depender do histórico de perdas da pessoa, do tipo de personalidade e do grau de relação com quem morreu e ainda do tipo de morte.

Ao tomar conhecimento do falecimento de um ente querido, é comum ouvirmos frases como “não, não pode ser verdade”. A negação funciona como uma defesa temporária, depois de notícias inesperadas e chocantes das quais se recupera gradualmente. Negar é uma das formas de não entrar em contato com experiências dolorosas.

O estágio de negação pode ser substituído por sentimentos de raiva, revolta, ressentimento. Surge a pergunta “por que eu?”. Esta raiva se propaga em todas as direções, muitas das quais são até mesmo banais, mesmo que a origem dela, nada ou pouco tenha a ver com as pessoas em quem é descarregada, podendo ser ao próprio enlutado como autoacusação ou culpa.

Se nos primeiros estágios não conseguimos enfrentar os tristes acontecimentos e nos revoltamos contra Deus e as pessoas, talvez possamos ser bem-sucedidos entrando em algum tipo de acordo com eles. Graças a experiências anteriores, sabemos que existe uma possibilidade de ser recompensado por um bom comportamento e receber um prêmio por serviços especiais. Por isso, esse terceiro estágio é chamado de barganha.

O afastamento ou estoicismo, a revolta e raiva cederão lugar a um sentimento de grande perda. Esta pode apresentar muitas facetas: perda da imagem, do cabelo, parte do corpo, do parente, emprego, projetos, funções. Nossa primeira reação para com as pessoas que estão tristes é tentar animá-las. Dizer-lhes para não ficar triste seria contra-producente, pois todos nós ficamos tristes quando perdemos um ser amado. Se deixarmos que exteriorize seu pesar, aceitará mais facilmente a situação e ficará agradecido aos que puderem estar com ele neste estado de depressão sem requererem que não fique triste.

Por último, vem a aceitação da realidade da perda com a elaboração da dor e ajustamento ao ambiente. O enlutado procura significados na perda e sua vida muda, adapta-se a novos papéis para dar sentido e obter novamente o controle de sua vida.

Referências

- BALLONI, G. J.; PEREIRA NETO, E.; ORTOLANI I. V. *Da emoção a lesão: um guia de medicina psicossomática*. São Paulo: Manole. 2002. p. 97-148. Cap. 7.
- BENSON, H. A resposta de relaxamento. In: GOLEMAN, Daniel. *Equilíbrio mente e corpo: como usar sua mente para uma saúde melhor*. Rio de Janeiro: Campus, 1997.
- BOWLBY, J. *Formação e rompimento dos laços afetivos*. São Paulo. Martins Fontes, 1982.
- FRAGA, M. N. O.; SOUZA, A. M. A. Atuação da enfermagem nos serviços de saúde mental: a experiência em um CAPS de Fortaleza. *Cadernos IPUB*, n. 19, Rio de Janeiro, 2000.

KÜBLER-ROSS, E. *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

BRASIL. Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, Brasília, v. 134, n. 201, Seção 1, p. 21.082-21.085, out. 1996.

OLIVEIRA, F. B. *Construindo saberes e práticas em saúde mental*. João Pessoa: Editora Universitária UFPB, 2002. 227p.

SOUZA, A. M. A.; ALVES, M. D. S.; ARAÚJO, M. A. M. (Org.). *Estudos sobre luto, suicídio e psico-oncologia*. Fortaleza: Expressão Gráfica, 2006.

WORDEN, J. W. *Terapia do luto: um manual para o profissional de saúde mental*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

CÍRCULO DE CULTURA COMO ESTRATÉGIA PARA SE PROBLEMATIZAR A OBESIDADE INFANTIL ENTRE CUIDADORES DE ESCOLARES

Um relato de experiência

*Geilson Gonçalves de Lima
Karla Verbena Salviano Cavalcante
Raquel Cristina Santana Praxedes
Fabiane do Amaral Cubert*

Introdução

A obesidade está relacionada a muitos aspectos, como aos fatores genéticos predisponentes e, principalmente, à ingestão demasiada de alimentos calóricos, levando a um desequilíbrio do balanço energético orgânico. Pode ser definida como o excesso de gordura corporal, sendo considerada um problema da sociedade moderna, que atinge, cada vez mais, a população infantil (FRONTZEK; BERNADES; MODENA, 2017).

É consenso que a obesidade infantil vem aumentando de forma significativa devido às várias transformações pelas quais a sociedade vem passando, sendo considerada, inclusive, um dos principais problemas de saúde pública no mundo. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o número de crianças com sobrepeso passou de 31 para 41 milhões, entre os anos de 1990 e 2014 (JARDIM; SOUZA, 2017).

De acordo com informações da Fundação Abrinq, baseadas em diagnósticos realizados em 2014, o Ceará é atualmente o estado brasileiro que concentra o maior percentual de crianças obesas do país (O POVO, 2015). Esses dados corroboram com a realidade observada pelos profissionais que atuam na atenção básica de Fortaleza. Mostra a elevada frequência de consumo de alimentos processados, e não saudáveis, pelas crianças, principalmente, pertencentes às famílias de maior vulnerabilidade social. Tal consumo é justificado pelos cuidadores devido ao baixo custo, em relação às frutas e às verduras; pelo sabor mais aceitável pelo público infantil e pela capacidade destes alimentos de saciar mais rapidamente a fome. Observa-se que, até nas escolas públicas que oferecem alimentação saudável e balanceada, é comum o hábito das crianças de substituir tais refeições por outras, trazidas de casa, ricas em caloria e pobres em nutrição.

Tal problemática já vem sendo debatida, como área prioritária, dentro da promoção da saúde há algum tempo, na medida em que a Declaração de Adelaide, documento produzido na II Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em 1988, na Austrália, destacou como áreas prioritárias para a promoção da saúde, a alimentação e a nutrição. A eliminação não só da fome e da má nutrição, mas, também, dos agravos relacionados ao excesso de peso, foram consideradas metas essenciais, para a melhoria da qualidade de vida das coletividades (COUTO *et al.*, 2016).

Sob o enfoque da promoção da saúde, surge um caminho promissor para o campo da alimentação e nutrição, por se tratar de uma estratégia que articula diferentes setores e atores sociais. Por esse caminho perpassam questões como modelo de atenção sob o enfoque da integralidade, articulação de saberes técnicos e populares, parcerias nas ações, dentre outras.

Nessa direção, no que compreende à adoção do modelo de atenção à saúde, sob o enfoque da integralidade, o desafio remete a mudanças estruturais, que têm início na própria formação acadêmica dos profissionais. Os currículos dos cursos, das diversas categorias da saúde, se apresentam moldados, predominantemente, sob a vertente biológica da atenção clínico-assistencial, estruturados no modelo bio-

médico dominante. A formação puramente tecnicista dos profissionais, por sua vez, apresenta-se como um dos principais empecilhos para a prática da integralidade, de tal forma que, atualmente, emerge o movimento para a reforma na graduação (MORAES, COSTA, 2018).

O campo de atuação da promoção da saúde é permeado pela articulação entre saberes técnicos e populares. Nesse contexto, destacam-se as ações de educação em saúde, desenvolvidas pelos profissionais, no âmbito da Estratégia de Saúde da Família (ESF) (LOPES *et al.*, 2010). Essas ações implicam transcender modelos tradicionais de educação em saúde, desenvolvidas em sua grande maioria, com base em uma pedagogia centrada na difusão autoritária de informações e condutas. A este modelo, Paulo Freire denomina “educação bancária”, pois o aprendiz é visto como alguém sem conhecimento algum, que deve assimilar as informações passadas pelos detentores do saber (FREIRE, 1997).

Dessa forma, abordagens persuasivas e ações verticais devem ser substituídas por estratégias mais amplas, provenientes da relação profissional-paciente, a partir do somatório de saberes técnicos e populares. Nesse aspecto, torna-se imprescindível superar a relação hierárquica entre o profissional e o usuário do sistema de saúde, para que a população possa atuar como protagonista no processo de obtenção de uma melhor qualidade de vida, através do desenvolvimento de sua autonomia, o que inclui decidir por escolhas alimentares mais saudáveis (SILVA, 2016).

A prática das equipes multiprofissionais, na ESF, assume o desafio então de promover uma educação em saúde eficaz, com ações que promovam mudanças nos hábitos alimentares dos indivíduos e de suas famílias (MALTA *et al.*, 2016). Para isso, é necessário que a educação nutricional envolva uma pedagogia inovadora de ensino-aprendizagem, a partir de uma metodologia ativa e problematizadora, para o desenvolvimento de habilidades individuais que permitam enfrentar as questões relacionadas à alimentação e à nutrição, dentro da realidade vivida pelos usuários (COLARES; OLIVEIRA, 2018).

No âmbito coletivo, ao educador da saúde cabe assumir seu papel de agente político, além de garantir sua inserção nos espaços educativos, como creches e escolas, fortalecendo, assim, as ações de edu-

cação nutricional desenvolvidas com a participação da comunidade. O debate profissional-usuário-comunidade passa a ser construído coletivamente, aprimorando e/ou fomentado as ações já desenvolvidas dentro dos espaços públicos, bem como criando espaços ainda inexistentes, mas necessários para a promoção da saúde integral, sempre de maneira crítica e reflexiva (SILVA; NEVES; NETTO, 2016).

Diante dessas realidades e desafios, o presente capítulo tem o objetivo de apresentar o relato de experiência de uma ação educativa, desenvolvida pelos mestrandos, como atividade proposta no módulo de Educação em Saúde I, do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Universidade Federal do Ceará, durante o mês de março de 2018, através de um círculo de cultura, realizado em uma escola municipal, com o objetivo de problematizar com os cuidadores dos alunos a questão da obesidade infantil.

Metodologia

A estratégia utilizada para o desenvolvimento da atividade educativa proposta foi a adoção das principais etapas do círculo de cultura, proposto por Paulo Freire. Este método pode ser definido como um espaço dinâmico, de caráter dialógico de aprendizagem e de troca mútua de saberes, fundamentado na pedagogia libertadora e problematizadora proposta pelo teórico. Nele, todos os indivíduos participantes interagem por meio de conversa, leitura, escrita, debate, buscando melhorar a si e ao mundo em que vivem (HEIDEMANN; WOSNY; BOEHS, 2014).

Para este processo de ensino-aprendizagem, faz-se necessária a figura de um coordenador de debates, pois questões como trabalho, cidadania, saúde, liberdade, valores éticos, direitos sociais, religiosidade, dentre outros, acabam por surgir. O papel desse coordenador está, incondicionalmente, atrelado ao diálogo e à imparcialidade durante o processo. Ademais, aos participantes cabe o papel questionador, o de aprendiz-educador, e a missão de construir o conhecimento de forma coletiva (FREIRE, 1991).

Tomando por princípio norteador o delineamento do método Paulo Freire, o desenvolvimento do Círculo de Cultura deve abranger

momentos como a investigação temática, pela qual os participantes do círculo e o coordenador buscam, no universo vocabular dos integrantes, e da sociedade à qual pertencem, as palavras e temas centrais de suas biografias; a tematização, mediante a qual os participantes codificam e decodificam esses temas, procurando buscar o seu significado social, tomando, assim, consciência do mundo em que vivem; e a problematização, por meio da qual os indivíduos buscam desenvolver uma visão crítica, partindo para a transformação do contexto vivido (FREIRE, 2005).

Os participantes, mediante um processo de ação-reflexão-ação, são levados a se perceberem como autores de suas histórias e, com isso, se conscientizam e se fortalecem para modificar as suas práticas (CAVALCANTE *et al.*, 2016).

Relato da experiência

A atividade de educação em saúde, de que trata este trabalho, foi desenvolvida em uma escola pública municipal, da cidade de Fortaleza, Ceará, situada na área de abrangência de uma unidade de atenção primária à saúde, da Secretaria Regional II. A escola funciona com alunos do Infantil 4 ao 5º ano do ensino fundamental, nos turnos manhã e tarde.

Os cuidadores foram convidados para a atividade educativa sobre obesidade infantil, através de comunicado da secretaria da escola, nas agendas das crianças. A atividade foi realizada em parceria com a escola e com a equipe de nutrição de um Centro Universitário que utiliza a unidade de saúde como campo de estágio. A ação teve duração de cerca de uma hora e teve como participantes: três mestrandos (duas cirurgiãs-dentistas e um médico), duas estagiárias de nutrição, duas professoras e oito cuidadores.

Inicialmente, todos os participantes se organizaram em roda e se conheceram através de uma descontraída dinâmica de apresentação. Após um debate inicial sobre o tema a ser abordado, os coordenadores (mestrandos) puderam captar as principais ideias do grupo sobre a obesidade infantil e, a partir disso, solicitaram que os participantes se dividissem em três grupos menores, com 5 pessoas cada, para dar início às

atividades propriamente ditas. Junto a cada grupo, um coordenador esteve presente, auxiliando os debates. Do tema gerador, foram criadas questões norteadoras, a serem desenvolvidas por cada grupo. O grupo 1 ficou com a questão “o que é obesidade?”, o grupo 2 com “o que causa a obesidade?”, e o grupo 3 “como se previne a obesidade?”.

Em seguida, a discussão foi sistematizada pelos participantes, de maneira livre e criativa, através da confecção de painéis, em folhas de papel madeira, e, para tanto, todos os recursos materiais (papéis madeira, revistas, canetinhas, tesouras e cola) foram ofertados pelos mestrandos. Como produto, foram confeccionados três painéis, elaborados por colagens, recortes, desenhos e mensagens escritas, que expuseram os saberes prévios e as experiências de vida de cada integrante da roda.

Durante o círculo de cultura, o momento da apresentação dos painéis, pelos 3 grupos, foi extremamente valioso e rico para a compreensão dos conhecimentos dos participantes sobre a obesidade infantil, suas causas e prevenção. Este recurso permitiu que um amplo debate se instituisse, tanto a partir dos relatos e conhecimentos prévios sobre a temática, como pelas experiências de vida trazidas por cada participante. Dessa forma, a atividade fluiu através da problematização da temática da obesidade infantil e de uma valorosa discussão, a qual resultou em um compartilhamento proveitoso de saberes.

Ao final da exposição dos painéis, foi realizada uma avaliação da atividade com os cuidadores das crianças. Para isso, foi proposta a dinâmica de avaliação, na qual os participantes completam as três frases seguintes: “Que bom...”, “Que pena...” e “Que tal...”, a cerca, da ação desenvolvida. Foram distribuídas folhas de papel ofício, onde pudessem expor, de forma anônima, tanto os pontos positivos como os negativos da atividade, através das perguntas “Que bom...” e “Que pena...”. Além disso, alguns participantes, também, sugeriram mudanças e ideias para atividades futuras, ao complementarem a frase “Que tal...”.

Após o momento da avaliação, os mestrandos finalizaram a atividade educativa agradecendo a todos os presentes pelas contribuições e realizou-se um lanche saudável, ofertado pelas estagiárias de nutrição, e preparado na própria cantina da escola. Em seguida, os mestrandos reuniram-se, ainda na escola, para um debate geral sobre

a atividade realizada e uma análise das avaliações, e impressões, escritas dos participantes.

Resultados e discussões

Silva e Bodstein (2016) afirmam que a escola, além de transmitir conhecimentos sobre a saúde, deve, também, educar e desenvolver valores, e posturas críticas relacionadas à realidade social e aos estilos de vida de seus educandos, através de processos de aquisição de competências, que favoreçam a autonomia e o empoderamento para a promoção da saúde.

Os mestrandos, através da atividade desenvolvida, puderam ratificar a importância de a ação educativa ter ocorrido em um ambiente escolar, pois é certo o papel fundamental desta instituição na reeducação alimentar das crianças, uma vez que passam um significativo tempo do seu dia na escola, e é onde, muitas vezes, fazem uma ou mais refeições. Constatou-se, também, o empoderamento das professoras participantes da ação, que avaliaram de forma muito positiva o momento educativo vivido por todos, e comprometeram-se a repassar os novos saberes adquiridos, tanto aos demais funcionários da escola como às crianças.

Diante do número crescente de crianças obesas, observou-se que foi imprescindível a ação voltada para o público de cuidadores, já que se tratou de uma reflexão interativa, sobre o hábito alimentar infantil e familiar. Segundo Barbosa, Pinto e Meireles (2018), é de extrema necessidade que os cuidadores de crianças estejam cientes sobre os riscos à saúde trazidos pela obesidade infantil, já que são eles quem influenciam, direta e indiretamente, os hábitos e comportamentos relacionados à alimentação. Desta forma, precisam assimilar que controlar a alimentação da criança é controlar sua saúde, e que são protagonistas no controle e na erradicação desta epidemia em nossa sociedade.

Ficou nítida, também, a necessidade de se trabalhar, de forma mais frequente, a temática da alimentação com a comunidade, para que a adoção de bons hábitos alimentares acabe por repercutir na saúde dos indivíduos, de uma maneira integral. Além disso, através

desta ação foi reconhecida a importância de se desenvolver a autonomia do usuário, perante sua própria saúde e de se valorizar a cultura popular, respeitando-se as limitações financeiras e sociais, a fim de se obter a cooperação real dos cidadãos, na adoção de práticas e hábitos saudáveis de vida.

Através das falas de alguns participantes, observou-se que a concepção do que é obesidade confundiu-se, em muitos momentos do círculo de cultura, com suas causas, que foram, por sua vez, associadas às consequências negativas e à prevenção do agravo em questão.

Um dos destaques positivos da atividade foi o reconhecimento de que as falas dos participantes, repletas de vivências e saberes populares, complementaram-se aos posicionamentos dos profissionais presentes, numa rica troca de conhecimentos. Os profissionais de saúde não somente ouviram e acolheram as experiências dos demais participantes, como também adotaram um olhar de valorização de tudo o que foi falado na roda, promovendo o aporte científico, no que dizia respeito aos aspectos nutricionais e às consequências odontológicas e médicas da obesidade infantil.

A oportunidade da avaliação proporcionou aos cuidadores a expressão de sentimentos e ideias, revelando a vontade que possuem de serem ouvidos, em seus questionamentos e valores, o que, muitas vezes, é suprimido em modelos tradicionais de realizar educação em saúde, nos quais a aquisição do conhecimento acontece de forma vertical. Sugestões interessantes foram escritas, como a necessidade de mais encontros como o da atividade, a destinação de mais tempo para o desenvolvimento da ação e a realização de outras ações com o debate de outras problemáticas de saúde.

Considerações finais

O método do círculo de cultura, proposto para conduzir a atividade educativa relatada, foi estratégico para promover maior interação entres os profissionais de saúde e os demais participantes, tendo em vista que se propiciou um ambiente descontraído, o qual favoreceu que todos se sentissem livres e à vontade para expor suas ideias.

Desta forma, os saberes foram compartilhados de maneira horizontalizada, fazendo com que profissionais, professores, estagiárias e cuidadores dos estudantes se sentissem mais valorizados e motivados a participar, compartilhar e absorver novos conhecimentos, através do momento educativo desenvolvido.

A partir da experiência relatada, constatou-se então que a proposta do círculo de cultura é um convite a repensar e a ressignificar as práticas de educação em saúde na esfera da Estratégia de Saúde da Família, já que se caracteriza como um espaço de diálogo, em que profissionais, de todas as categorias, e usuários, do sistema de saúde, podem compartilhar suas experiências e conhecimentos, contribuindo, verdadeiramente, para a promoção de saúde.

Referências

BARBOSA, B. B.; PINTO, M. S.; MEIRELES, A. V. P. Percepção de cuidadores de crianças obesas acerca da obesidade infantil. *Sanare*, v. 17, n. 2, p. 49-55, 2018. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1261/669>. Acesso em: 14 jul. 2019.

BRANDÃO, C. R. *O que é método Paulo Freire*. 2006. Disponível em: http://www.acervo.paulofreire.org:8080/jspui/bitstream/7891/4219/1/FPF_PTPF_12_102.pdf. Acesso em: 08 jul. 2019.

CAVALCANTE, A. S. P. *et al.* Círculos de cultura como ferramenta de construção de consenso: diálogos sobre avaliação de risco e vulnerabilidade. *Rev. Bras. Pesq. Saúde*, v. 18, n. 4, p. 124-131, 2016. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/16740/11571>. Acesso em: 13 jul. 2019.

COLARES, K. T. P.; OLIVEIRA, W. Metodologias Ativas na formação profissional em saúde: uma revisão. *Revista Sustinere*, v. 6, n. 2, p. 300-320, 2018. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/sustinere/article/view/36910/27609>. Acesso em: 10 jul. 2019.

COUTO, A. N. *et al.* O ambiente escolar e as ações de promoção da saúde. *Cinergis*, v. 17, n. 4, p. 378-383, 2016. Disponível em: <https://>

online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/view/8150/5362. Acesso em: 10 jul. 2019.

FREIRE, P. Educação “bancária” e educação libertadora. In: PATTO, M. H. S. *Introdução à psicologia escolar*. 3. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997. p. 61-77.

FREIRE, P. *Educação como prática de liberdade*. 20. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991.

FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. 42. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

FRONTZEK, L. G. M.; BERNARDES, L. R.; MODENA, C. M. Obesidade infantil: compreender para melhor intervir. *Phenomenological Studies – Revista da Abordagem Gestáltica*, v. 23, n. 2, p. 167-174, 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rag/v23n2/v23n2a05.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2019.

HEIDEMANN, I. T. S. B.; WOSNY, A. M.; BOEHS, A. E. Promoção da Saúde na Atenção Básica: estudo baseado no método de Paulo Freire. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 8, p. 3553-3559, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03553.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2019.

JARDIM, J. B.; SOUZA, I. L. Obesidade infantil no Brasil: uma revisão integrativa. *JMPHC Journal of Management & Primary Health Care*, v. 8, n. 1, p. 66-90, 2017. Disponível em: <http://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/275/419>. Acesso em: 09 jul. 2019.

LOPES, M. S. V. *et al.* Análise do conceito de promoção da saúde. *Texto Contexto Enferm*, v. 19, n. 3, p. 461-468, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n3/a07v19n3.pdf>. Acesso em: 29 mai. 2019.

MALTA, D. C. *et al.* Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 6, p. 1683-1694, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n6/1413-8123-csc-21-06-1683.pdf>. Acesso em: 29 maio 2019.

MORAES, B. A.; COSTA, N. M. S. C. A implementação de programas de reorientação da formação em saúde em uma instituição de ensino superior

no Brasil. In: CONGRESSO IBERO-AMERICANO EM INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA, 7., 2018, Fortaleza. *Anais* [...]. Fortaleza, 2018. p. 642-651, 2018. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq/2018/article/view/1832/1783>. Acesso em: 11 jul. 2019.

ONOFRE, N. S. C.; ALBUQUERQUE, K. M. As metodologias ativas como estratégia de promoção da saúde no trabalho interdisciplinar com mulheres na atenção básica. *Cientefico*, v. 16, n. 33, p. 121-146, 2016. Disponível em: <https://revistacientefico.adtalembrasil.com.br/cientefico/article/view/250/294>. Acesso em: 10 jul. 2019.

O POVO. *Ceará tem maior o percentual de crianças obesas do País*. 2015. Disponível em: <https://www20.opovo.com.br/app/opovo/cotidiano/2015/10/08/noticiasjornalcotidiano,3516053/ceara-tem-maior-o-percentual-de-criancas-obesas-do-pais.shtml>. Acesso em 18 mar. 2019.

SILVA, C. S.; BODSTEIN, R. C. A. Referencial teórico sobre práticas intersetoriais em Promoção da Saúde na Escola. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 6, p. 1777-1788, 2016. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v21n6/1413-8123-csc-21-06-1777.pdf. Acesso em: 14 jul. 2019.

SILVA, M. M. A saúde e a nutrição na escola: uma análise da triagem sobre a vida saudável no cotidiano escolar no Cepi-Sergio Fayad Generoso do ensino médio no município de Formosa Goiás. *Revista Científica Interdisciplinar*, v. 3, n. 4, p. 144-173, 2016. Disponível em: <http://revista.srvroot.com/linkscienceplace/index.php/linkscienceplace/article/view/265/168>. Acesso em: 08 jul. 2019.

SILVA, R. H. M.; NEVES, F. S.; NETTO, M. P. Saúde do pré-escolar: uma experiência de educação alimentar e nutricional como método de intervenção. *Rev. APS*, v. 19, n. 2, p. 321-327, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15678/8210>. Acesso em: 09 jul. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. *Obesidade na infância e adolescência – manual de orientação*. 2. ed. São Paulo: SBP, 2012. 142 p. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/publicacoes/14297c1-man_nutrologia_completo.pdf. Acesso em: 08 jul. 2019.

APRENDIZAGEM BASEADA EM PROBLEMAS

Ferramenta para desenvolvimento de competências no Mestrado Profissional em Saúde da Família

Adriana Oliveira Souza De Tullio
Chris Evert Moura Tabosa de Figueiredo
Jéssica Pinheiro Carnaúba
Marcelo José Monteiro Ferreira

Introdução

Tradicionalmente, a formação foi concebida enquanto produto pronto a ser transferido e consumido. No modelo tradicional de educação, o pensamento crítico e a autonomia dos educandos são pouco estimulados, o que repercute em dificuldades para excitar a produção de novos conhecimentos (ABRAHÃO; MERHY, 2014).

Na área da saúde, o ensino focado exclusivamente no saber científico traz pouca visibilidade no tocante à complexidade que permeia o cotidiano dos usuários dos serviços de saúde, bem como das suas verdadeiras necessidades assistenciais (ABRAHÃO; MERHY, 2014). Além disso, as formações têm sido tratadas de forma compartimentalizada, representando um obstáculo significativo para a troca de saberes e práticas. Como efeito, a educação dos trabalhadores em saúde tem sido pauta de diversas discussões mundiais, tendo em vista a crescente

necessidade de adequar as novas demandas desse setor, incluindo um conceito de saúde mais amplo (COSTA *et al.*, 2014).

No âmbito dos serviços de saúde, frequentemente podem ser percebidos indícios de um processo de aprendizagem em que são notadas dificuldades na realização do cuidado integral. Ademais, o foco quase sempre é direcionado à enfermidade “principal”, deixando de fora diversas outras dimensões presentes no processo de cuidado em saúde (ABRAHÃO; MERHY, 2014).

Verifica-se, então, a necessidade de favorecer mudanças nos processos de formação, que proporcionem o desenvolvimento de competências e habilidades, contextualizadas com a realidade das instituições de assistência à saúde. Além disso, o trabalho em equipe passa a ser mais valorizado, partindo do pressuposto de que, para que os serviços sejam mais resolutivos, é preciso superar a atuação compartimentalizada (COSTA *et al.*, 2014).

Com vistas às mudanças nos processos formativos para atuar na saúde, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos Cursos de Graduação têm valorizado uma formação generalista, crítico-reflexiva e humanizada (BRASIL, 2014).

Ademais, as DCNs de 2014 apontam para a necessidade de fortalecer a Atenção Primária à Saúde (APS), trazendo um novo significado enquanto local estratégico de formação e espaço da Saúde coletiva, integrando seus elementos paradigmáticos para promover a integralidade da atenção à saúde dos usuários (FERREIRA *et al.*, 2019).

Além disso, o desenvolvimento de competências na formação dos profissionais é visto como algo fundamental para a consolidação da mudança do modelo de atenção à saúde. Essas competências têm sido trabalhadas desde o início do século XXI, período em que as DCNs preconizam a aquisição, desde a graduação, de competências gerais que se referem à tomada de decisão, comunicação, liderança, gerenciamento e educação permanente, além de incentivar modelos de ensino pautados na integralidade do cuidado (BRASIL, 2018). Essa medida possibilita a formação de sujeitos mais críticos capazes de relacionar suas funções com a realidade em que estão inseridos.

São exemplos de ações neste sentido as atuais políticas de reorientação da formação profissional em saúde, tais como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – Pró-PET Saúde, a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e o Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF). Estes programas sinalizam a intenção do Ministério da Saúde (MS) em promover mudanças na formação em saúde, por meio da aproximação das instituições formadoras nos serviços de saúde (MOREIRA; DIAS, 2015). O desenvolvimento dessas competências necessárias aos profissionais da saúde de modo geral, e da Atenção Primária à Saúde (APS) em específico, revela a existência da responsabilidade e do desafio para todos os que compõem essa rede de atenção à saúde, dentre eles a gestão, a própria atenção (profissionais), o ensino (formação) e os usuários.

Em meio a esse contexto, é notório que, para abranger a diversidade de territórios e as necessidades dos campos práticos, faz-se necessário um processo de ensino-aprendizado capaz de articular diferentes contextos como elementos formativos. Diante da complexidade do aprender/ensinar, são necessários mecanismos pedagógicos que possibilitem várias articulações com o exercício do trabalho em saúde (ABRAHÃO; MERHY, 2014).

Entendendo a importância destes mecanismos, foi criado o MPSF, da Rede Norte-Nordeste em Saúde da Família (RENASF). É um programa de pós-graduação *stricto sensu* em Saúde da Família, reconhecido pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) do Ministério da Educação, que tem como objetivo a formação de profissionais da Estratégia Saúde da Família que atuam na APS.

Este programa capacita profissionais da saúde para a melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), fortalecendo as atividades educacionais de produção do conhecimento e de gestão na Saúde da Família, estabelecendo uma relação integradora entre a gestão dos serviços de saúde, os trabalhadores, os estudantes na área de saúde e os usuários. Além disso, assume o desafio de se estabelecer enquanto rede, reunindo nove nucleadoras que incorporam a missão de impulsionar o ensino no serviço e a melhoria da qualidade de atenção à saúde.

Segundo Santos, Hortale e Arouca (2012), essa modalidade de mestrado teve início no Brasil em 1995, adotando em seu currículo o aprendizado por competência. O processo ensino-aprendizagem é estruturado e implementado com a utilização de metodologias ativas. Durante todo o processo, a aprendizagem é centrada no aluno, sendo este o protagonista na construção do aprender. Destaca-se durante a formação, a promoção de narrativas, o diálogo e a convivência ativa de múltiplos saberes e práticas.

Dentre as mais diversas metodologias ativas de ensino-aprendizagem utilizadas durante o MPSF, uma assumiu papel de destaque: a Aprendizagem Baseada em Problema (ABP) ou *Problem Based Learning* (PBL). Essa é uma estratégia metodológica de ensino, centrada no educando e estruturada para a solução de problemas.

O PBL viabiliza o desenvolvimento de habilidades para gestão do próprio aprendizado, estimulando o aprender a aprender, uma vez que o educando busca ativamente as informações, correlaciona o conhecimento, estimula a curiosidade e a busca por novas informações e evidências, proporcionando aquisição de ferramentas para desenvolver habilidades técnicas, cognitivas e atitudinais para a prática profissional (BOROCHOVICIUS, TORTELLA, 2014)

Essa estratégia tem seu fundamento teórico alicerçado no construtivismo, em que ser professor torna-se sinônimo de facilitador do processo de aprendizado, enfatizando a igualdade entre esse ator e os alunos. A bagagem de conhecimentos e vivências anteriores também é valorizada, na busca por uma aprendizagem significativa, que envolva os indivíduos nesse processo (BOLLELA *et al.*, 2014).

Roman *et al.*, (2017) se referem à Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) como instrumento catalizador da integração ensino e serviço de saúde, trabalhando intencionalmente com problemas para o desenvolvimento dos processos de trabalho, a partir da reflexão crítica gerando a busca por solução. Para Cadorin e Nordi (2017), a ABP tem como aspectos norteadores: a aprendizagem significativa, a indissociabilidade entre teoria e prática, o respeito à autonomia, o trabalho em pequenos grupos, a educação permanente e a avaliação formativa.

Para que uma metodologia seja considerada como uma boa estratégia de ensino, deve ser: construtivista, baseando-se na aprendizagem significativa; colaborativa, de modo a favorecer a construção do conhecimento coletivamente; interdisciplinar, proporcionando atividades integradas a diversas profissões; contextualizada, assentido que o educando compreenda a aplicabilidade no contexto da realidade; reflexiva, fortalecendo os princípios da ética e de valores morais; crítica, estimulando o educando na busca de aprofundamento percebendo que existem limitações nas informações; investigativa, de modo a despertar a curiosidade e a autonomia; humanista, preocupando-se na integração ao contexto social; motivadora, que estimule e valorize a emoção; e desafiadora, incentivando a busca de soluções (ROMAN *et al.*, 2017).

O uso de metodologias ativas oportuniza atuar sobre a realidade, valorizando a interação entre sujeito, realidade, cultura, saber, ambiente e cognição para a produção de conhecimento a partir da valorização de experiências e da implantação de desafios educacionais no formato de problemas, pois reproduz naturalmente o modo como as pessoas aprendem (SALLES, 2012). Elas têm ainda em comum, os objetivos educacionais a que se propõem como a promoção da proatividade, a geração de um aprendizado significativo com a realidade do educando, desenvolvimento do raciocínio e de capacidades para intervenção na própria realidade e a colaboração e cooperação entre participantes (MOURTHÉ; LIMA; PADILHA, 2018).

Muito comum também no cotidiano dessa formação é a utilização de narrativas que representam as visões de mundo, cultura e saberes fazendo uma ligação entre o indivíduo e o social. Facilitam ainda o despertar e o acesso aos desejos, modos de pensar e interesses das pessoas inseridas em determinado contexto. Essas metodologias valorizam ainda a cooperação, a interação, a criticidade, a construção coletiva e a responsabilidade em pequenos grupos (VIEIRA; FAVORETO, 2016).

No MPSF, é constante o incentivo à verbalização da realidade vivenciada e a escuta da experiência do outro. Para Vieira e Favoreto (2016), narrar é uma das formas de trazer o passado ao presente e possibilitar novas interpretações do vivido. Esta forma linguística pres-

supõe a existência de um ouvinte e daquele que conta sua história, com suas visões de mundo. Quem escuta uma narrativa tem a possibilidade de reinterpretar aquilo que foi contado, permitindo uma interação dialógica entre sujeitos, contextos e ideologias, viabilizando ressignificação das situações vivenciadas, estabelecendo espaço dinâmico de encontro e trocas entre aqueles que narram e aqueles que escutam o relato (VIEIRA; FAVORETO, 2016).

É válido e interessante que a discussão de situações-problemas parta de eventos oriundos da realidade. O relato das experiências, tanto as exitosas como as mais desafiadoras, inspira o conjunto dos educandos. Contribui com a percepção de que outras pessoas passam por situações semelhantes, fazendo o coletivo refletir criticamente sobre essas dificuldades, quase sempre vivenciadas por todos. Esta percepção é reforçada por Reis (2008), quando afirma que a narrativa é algo mais do que um relato dos acontecimentos. É momento de reflexão sobre sua experiência e uma oportunidade de reconstrução de suas práticas.

As atividades em PBL, assim como o estímulo a narrativas, podem partir de situações problema, disparando um diálogo e busca de solução, e é uma excelente estratégia para estimular o pensamento crítico e reflexões que permitam o desenvolvimento de profissionais mais capazes de lidar com as situações enfrentadas no dia a dia nas instituições do Sistema Único de Saúde (DIAS-LIMA, 2019). Assim, este trabalho tem por objetivo refletir criticamente sobre a vivência no desenvolvimento de Grupos Tutoriais (GT), por meio da utilização do PBL, durante o Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência sobre a utilização de metodologias de ensino-aprendizagem na proposta curricular do MPSF, para trabalhar temas relevantes e inerentes à prática profissional no território. Algumas disciplinas que embasaram todo o processo formativo foram estruturadas de modo a produzir aprendizado através de metodologias ativas, dentre elas estão: Promoção da Saúde, Educação na Saúde I e II, Produção do conhecimento em serviços de saúde,

Metodologia do trabalho científico, Atenção integral à saúde da família, Sistema de Informação no cuidado e na gestão, Atenção e gestão do cuidado, Avaliação na atenção básica em saúde, Gestão do processo de trabalho na atenção básica e Tópicos especiais em saúde da família. Uma estratégia foi comum a todas as disciplinas, o chamado Grupo Tutorial ou GT.

A turma era dividida em quatro grupos para que pudessem trabalhar norteados por uma situação-problema, que sempre retratava a realidade comum à maioria dos territórios, escolhida pelo corpo docente de acordo com o objetivo da disciplina. Dentro do grupo de trabalho, a situação era lida para em seguida dar prosseguimento às etapas da metodologia, que possui ao todo 7 passos.

Primeiramente tentava-se esclarecer os termos desconhecidos, sempre utilizando os conhecimentos prévios dos educandos. Em seguida era o momento no qual buscava-se no texto aquilo que poderia definir o problema. Então dava-se continuidade com a chuva de ideias, buscando as causas do problema, analisando-o. A partir daí, iniciava-se a sistematização da análise, através de um consenso sobre a hipótese de explicação e de solução do problema, identificando as lacunas de conhecimento e questionando profundamente os tópicos necessários para entendê-lo.

Só então surgia o objetivo de aprendizagem, no qual o grupo definia as metas de aprendizado para que os estudos individuais levassem a novos conhecimentos. Logo o grupo se desfazia para uma atividade individual, partiam para a produção da síntese individual, através de leituras, buscando evidências científicas, visitas de campo, entrevistas e outros métodos de coleta de informações.

Como última etapa do método, a turma era novamente reunida para a síntese coletiva. Neste momento, o grupo se reúne novamente para debater e compartilhar o que foi aprendido nos estudos individuais. Quase sempre esse momento era recheado de narrativas. As constatações apresentadas por todo o grupo eram discutidas e integradas para dar resposta ao caso. Ao final, os grupos apresentavam os resultados, compartilhando as informações, dificuldades e dúvidas para toda a turma.

A síntese coletiva era uma oportunidade ímpar de aprendizagem, pois eram expostas às análises de diferentes pontos de vista baseados na discussão de cada equipe. Não raro, os objetivos de aprendizagem eram diferenciados para cada grupo resultando em soluções diversas para o problema apresentado. As ideias distintas apresentadas pelas equipes sobre as situações problema discutidas eram favorecidas pela multidisciplinaridade da turma de alunos do MPSF.

A avaliação era outro destaque que era parte desse processo. Realizada em caráter formativo, ao final das apresentações, através do *feedback* dos facilitadores da disciplina, de modo a acrescentar sentido, apontar possíveis melhorias, corroborando para as interpretações e reflexões dos resultados alcançados.

Resultados e discussão

As metodologias ativas utilizadas no trabalho em equipe possibilitam a exposição de diversos saberes que colaboram na construção do aprendizado coletivo. Proporcionam o exercício do consenso, através de mudança de pontos de vista; as emoções estão fortemente relacionadas a esse processo (MARQUES, 2018). De acordo com Fonseca (2016), as emoções e a visão ampliada sobre esta, o que podemos chamar de inteligência emocional, relações interpessoais, personalidade, temperamento, comportamento, motivação, afetividade, são de fundamental importância e relevância na aprendizagem.

A ABP proporciona a vivência da interdisciplinaridade permitindo ao estudante pensar além da sua área de formação e especialidade. Possibilita também diversas abordagens conceituais. As situações apresentadas para discussão e estudo são descritas de forma neutra para que possibilitem variadas percepções ou representações facilitando o surgimento de diversos desdobramentos das discussões em cada etapa proposta, levando ao aprofundamento do tema (VIEIRA; PANÚNCIO-PINTO, 2015). Além disso, essa metodologia condiciona o trabalho em equipe, analisando situações em conjunto para tomada de decisão, que são relacionadas às competências que correspondem à personalidade, aspectos comportamentais e intelectuais, que permitem ao indivíduo ter

uma melhor interação consigo mesmo, com os outros e com o ambiente a seu redor. Resolução de problemas, pensamento crítico, planejamento estratégico, negociação e liderança são exemplos destas competências (NAIEM *et al.*, 2015).

Pensando esse tema na APS, particularmente aos profissionais de saúde que se dedicam à Estratégia Saúde da Família (ESF), concorda-se que se deve agregar à compreensão de competências, o reconhecimento das práticas de saúde. Tudo isso dentro de um contexto de tecnologias leves, que são bastante relacionadas à escuta e transformações dos serviços. Nestas circunstâncias, o conceito de competência deve subsidiar a análise de prática, relação de trabalho e formação profissional (CAMELO; ANGERAMI, 2013).

Para Camilo e Almeida (2011) a garantia de sucesso nos resultados do processo de mudança organizacional baseia-se no comprometimento dos profissionais, de todos os níveis de atenção, sem distinção da organização. Falamos de mudança organizacional no sentido da necessidade desta como finalidade de resolução de problemas e transformação de realidade. Os mesmos autores afirmam ainda que, para superar a resistência à mudança na organização, é necessária a adoção de estratégias que envolvem educação e comunicação; participação e envolvimento; facilitação e suporte; negociação e acordo; manipulação e cooperação; coerção implícita e/ou explícita. Se percebermos, estamos sempre a confirmar a importância de se desenvolver capacidade de resolução de problemas e de se aprender a trabalhar em equipe como percursores de melhoria nos processos de trabalho (CAMILO e ALMEIDA, 2011).

Dias-Lima *et al.* (2019) acreditam que o ensino na sociedade contemporânea, antes de qualquer outra coisa, deve priorizar a aprendizagem, o que chamamos de “aprender a aprender”. Com as transformações ocorridas nos tempos atuais, que provocam a formação de indivíduos questionadores e tecnológicos, a escolha dos processos metodológicos torna-se de grande relevância para a formação profissional. Na atualidade, são privilegiadas as escolhas metodológicas que promovem o dinamismo, a atratividade e o interesse.

Os GTs, executados utilizando a metodologia PBL nos permitem observar que o trabalho em equipe requer flexibilidade, permitindo a

evolução e o crescimento de todos os envolvidos na medida em que as ideias se complementam. Ao mesmo tempo é dinâmico, despertando interesse e vontade de colaboração com o grupo. O produto é indiscutivelmente de melhor qualidade, pois contempla os mais variados pontos de vista e formas de enfrentamento de situações, aos quais somente a interdisciplinaridade pode dar sentido.

Além disso, no contexto da formação profissional, o trabalho em equipe, em que haja colaboração interprofissional, aliado a cenários educativos alicerçados na ética e na solidariedade profissional, constitui-se instrumento relevante para fazer emergir um novo significado para a assistência à saúde (FERREIRA *et al.*, 2019).

Segundo Borges (2014), em artigo que fala sobre a adoção do método PBL na forma de GT por diversos cursos de medicina, esse modelo é fonte de motivação, já que o estudante é protagonista no processo de aprendizagem. Esse método incentiva a busca ativa pelo conhecimento e gera um aprendizado mais eficaz. O modelo substitui o conhecimento fragmentado, apresentado em disciplinas, por situações-problema baseadas em casos reais, favorecendo a aprendizagem significativa e a integração das disciplinas curriculares. Outros benefícios compreendem o desenvolvimento de habilidades de comunicação em grupos de trabalho, capacidade de argumentação, crítica e autocrítica.

Para Borges (2014), é possível identificar as limitações da metodologia como a necessidade de treinamento de professores, tendo em vista que muitos docentes atuam até a atualidade em métodos tradicionais, o que pode requerer gastos financeiros e tempo disponível. O trabalho realizado em grupos pequenos demanda maior tempo de atuação dos professores, pois é necessário o acompanhamento de cada um dos grupos, sendo necessária, algumas vezes, a ampliação do corpo docente.

Quanto à avaliação, frequentemente é de natureza somativa e preocupada com a quantificação do saber. Contudo, no âmbito do MPSF, elaborou-se um modelo que passa a ser também formativo, preocupado com o deslocamento da aprendizagem de cada um, proporcionado através de *feedbacks* e autoavaliações. Vignochi, Benetti e Manfroi (2009) defendem que o GT, com o uso da metodologia do PBL, é um instrumento valioso na formação do profissional de saúde, no entanto,

várias adaptações são necessárias como mudança no entendimento sobre os papéis dos docentes e discentes no processo ensino/aprendizagem e forma de avaliação.

Considerações finais

A construção do conhecimento pautado pela coletividade, fomentada por situações-problema, perguntas norteadoras e com a utilização de GTs obedecendo os passos do PBL, permitiu refletir sobre o quanto é importante disponibilizar um maior espaço para o debate sobre situações vivenciadas. Em sintonia com este processo, caminha *pari passu* a busca por evidências científicas na intenção de aprofundar temáticas e identificar soluções, assim como espaços para emoções positivas, viabilizando melhores tomadas de decisões e eficiência do grupo.

Ao executar uma atividade fundamentada na proposta de metodologias ativas, envolvendo profissionais de diferentes formações e expertises, incentiva-se a busca por soluções criativas, passíveis de serem executadas no cotidiano de trabalho das equipes de saúde. Por outro lado, o levantamento de ideias e a busca por consensos nas decisões, nos fazem perceber a potencialidade de elaboração de planos de ação, com maiores chances de obterem resultados satisfatórios.

O objeto saúde-doença é por demais complexo e cada vez mais faz-se necessário o trabalho interdisciplinar, de modo a aceitar as diferentes formas de pensar, agregando diferentes saberes, principalmente quando tratamos do trabalho na saúde, pois neste ambiente são necessários comportamentos alinhados na busca por objetivos, projetos e missões em comum.

Referências

ABRAHÃO, A. L.; MERHY, E. E. Healthcare training and micropolitics: concept tools in teaching practices. *Interface*, v. 18, n. 49, p. 313-24, 2014.

BOLLELA, V. R. *et al.* Aprendizagem baseada em equipes: da teoria à prática. *Medicina*, Ribeirão Preto, v. 47, n. 3, p. 293-300, 2014.

BORGES, M. *et al.* Aprendizado baseado em problemas. *Medicina*, Ribeirão Preto v. 47, n. 3, p. 301-307, 3 nov. 2014.

BOROCHOVICIUS, E.; TORTELLA, J. C. B. Aprendizagem Baseada em Problemas: um método de ensino-aprendizagem e suas práticas educativas. *Ensaio: aval.pol.públ.Educ.*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 83, p. 263-294, jun. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-40362014000200002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Educação. *Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina*. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2014.

BRASIL. *Resolução do Conselho Nacional de Educação e da Câmara de Educação Superior nº 4, de 7 de novembro de 2001*. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Enfermagem, Medicina e Nutrição. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2018.

BURGESS, A.; MELLIS, C. C. Team-Based Learning in Health Care Education: Maintaining Key Design Elements. *J Nurs Care*, S1, 2015.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Competência Profissional: a construção de conceitos, estratégias desenvolvidas pelos serviços de saúde e implicação para a enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* v. 22, n. 2, p. 552-560, 2013.

CAMILO, C. E. M; ALMEIDA, E. C. Gestão da mudança e a quebra de paradigmas. *Revista Unilins*, n.1, p. 1-14, 2011.

CADORIN, E.S.; NORDI, A. B. A. Vivenciando processos educacionais na saúde com o uso de Metodologias Ativas na perspectiva do Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês (IEP/HSL). *Ciência em Foco*, v. 1, n. 2, p. 128-147, 2017.

COSTA, M. V. da. EInterprofessional education as an approach for reforming health professions education in Brazil: emerging findings. *J. Interprof. Care*, v. 28, n. 4, p. 379-380, 2014.

DIAS-LIMA, A. *et al.* Avaliação, Ensino e Metodologias Ativas: uma experiência vivenciada no componente curricular mecanismos de agressão e de defesa, no curso de medicina da universidade do estado da bahia, Brasil. *Rev. Bras. Educ. Med.*, Brasília, v. 43, n. 2, p. 216-224, jun. 2019.

FERREIRA, M. J. M. *et al.* Novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina: oportunidades para ressignificar a formação. *Interface*, Botucatu, v. 23, 2019. Supl. 1.

FONSECA, V. da. Importância das emoções na aprendizagem: uma abordagem neuropsicopedagógica. *Rev. Psicopedag.*, São Paulo, v. 33, n. 102, p. 365-384, 2016.

FRANCA JUNIOR, R. R. de; MAKNAMARA, M. A Literatura sobre metodologias ativas em educação médica no Brasil: notas para uma reflexão crítica. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, 2019.

MARQUES, L. M. N. S. R. As metodologias ativas como estratégias para desenvolver a educação em valores na graduação em enfermagem. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000300602&lng=en&nrm=iso. Acesso em 13 jul. 2019.

MOREIRA, C. O. F; DIAS, M. A. S. Diretrizes Curriculares na Saúde e as mudanças nos modelos de saúde e educação. *ABCS Health Sci.*, v. 4, n. 3, p. 300-305, 2015.

MOURTHÉ, C. A; LIMA, V. V.; PADILHA, R. Q. Integrando emoções e racionalidades para o desenvolvimento de competência nas metodologias ativas de aprendizagem. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 22, n. 65, p. 577-588, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0846>. Acesso em: 13 jul. 2019.

NAIEM, S.; ABDELLATIF, M.; SALAMA, E. Evaluation of Computer Science and Software Engineering Undergraduate's Soft Skills in Egypt from Student's Perspective. *Computer and Information Science*, Toronto, v. 8, n. 1, p. 36, 2015.

REIS, P. R. dos. As narrativas na formação de professores e na investigação em educação. *Nuances: estudos sobre Educação*, São Paulo,

v. 15, n. 16, p. 17-34, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.14572/nuances.v15i16.174>. Acesso em: 20 jun. 2019.

ROMAN, C. *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem no processo de ensino em saúde no Brasil: uma revisão narrativa. *Clinical Biomedical Research*, Porto Alegre, v. 37, n. 4, p. 349-357, 2017. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/73911/pdf>. Acesso em: 14 jun. 2019.

SALLES, C. M. C. *A aprendizagem significativa e as novas tecnologias na educação a distância*. Dissertação (Mestrado em Administração) - Fundação de Mineração de Educação e Cultura, Minas Gerais, 2012.

SANTOS, G. B.; HORTALE, V. A.; AROUCA, R. *Mestrado Profissional em Saúde Pública: caminhos e identidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. 104p.

VIEIRA, D. K. R.; FAVORETO, C. A. O. Narrativas em saúde: refletindo sobre o cuidado à pessoa com deficiência e doença genética no Sistema Único de Saúde (SUS). *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 20, n. 3, 2016.

VIEIRA, M.; PANÚNCIO-PINTO, M. A Metodologia da Problemática (MP) como estratégia de integração ensino-serviço em cursos de graduação na área da saúde. *Medicina*, Ribeirão Preto, v. 48, n. 3, p. 241-248, 8 jun. 2015.

VIGNOCHI, C. M.; BENETTI, C. S.; MANFROI, W. C. Considerações sobre aprendizagem baseada em problemas na educação em saúde. *Revista HCPA*, v. 29, n. 1, p. 45-50, 2009.

OS AUTORES

Adriana Oliveira Souza de Tullio

Graduada em Enfermagem, mestranda em Saúde da Família. Enfermeira da Estratégia Saúde da Família do município de Fortaleza, Ceará, Brasil.

Adryssa Bringel Dutra

Graduada em Psicologia, mestre em Psicologia e doutoranda do Programa de Pós Graduação em Psicologia da UFC.

Alúcio Ferreira de Lima (Organizador)

Graduado em Psicologia, doutor em Psicologia Social, Docente do Departamento de Psicologia e do quadro permanente do Mestrado Profissional em Saúde da Família – Nucleadora UFC.

Ana Claudia Fortes Ferreira

Graduada em Enfermagem, mestranda em Saúde da Família, enfermeira da Estratégia Saúde da Família de Fortaleza.

Ana Paula Soares Gondim

Graduada em Farmácia, docente do Departamento de Farmácia e do quadro permanente do Mestrado Profissional em Saúde da Família – Nucleadora UFC.

Andrea Gomes Linard

Graduada em Enfermagem, doutora em Enfermagem, professora titular-livre da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia

Afro-Brasileira/UNILAB e docente do quadro permanente do Mestrado Profissional em Saúde da Família – Nucleadora UFC.

Andréa Soares Rocha da Silva

Graduada em Ciências da Computação, doutora em Educação e docente colaboradora do Mestrado Profissional em Saúde da Família – Nucleadora UFC.

Andréia Cíntia Eufrásio Soares

Acadêmica de Enfermagem.

Ângela Maria Alves e Souza

Graduada em Enfermagem, doutora em Enfermagem, docente do quadro permanente do Mestrado Profissional em Saúde da Família – Nucleadora UFC.

Antônia Norma Teclane Marques Lima

Graduada em Enfermagem, mestranda em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará, gestora da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Mombaça-CE.

Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira Meyer

Graduada em Odontologia, pós-doutora em Saúde Pública. Coordenadora geral do Mestrado em Saúde da Família da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

Chris Evert Moura Tabosa de Figueiredo

Graduada em Medicina, mestranda em Saúde da Família. Médica da Estratégia Saúde da Família do município de Fortaleza.

Diego da Silva Ferreira

Graduado em Enfermagem, mestrando em Enfermagem na Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira.

Diego Mendonça Viana

Graduado em Psicologia, mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará, servidor público de Umirim/CE, lotado no CRAS.

Dírlia Silva Cardoso Macambira

Graduada em Enfermagem, mestre em Saúde da Família.

Edmara Chaves Costa

Graduada em Enfermagem, doutora em Enfermagem, professora adjunto da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira/UNILAB.

Emanuella Carneiro Melo

Graduada em Enfermagem, mestre em Saúde da Família, enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde/Fortaleza.

Emília Soares Chaves Roubert

Graduada em Enfermagem, doutora em Enfermagem, professora adjunto da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira/UNILAB e docente do quadro permanente do Mestrado Profissional em Saúde da Família – Nucleadora UFC.

Fabiane do Amaral Gubert

Graduada em Enfermagem, doutora em Enfermagem, docente do quadro permanente do Mestrado Profissional em Saúde da Família – Nucleadora UFC.

Fábio Freitas de Sousa

Graduado em Enfermagem, mestre em Saúde da Família – Nucleadora UFC.

Fabíola Gessika Coelho Bezerra

Graduada em Enfermagem, mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família do município de Caucaia – CE.

Geilson Gonçalves de Lima

Graduado em Medicina, mestrando em Saúde da Família pela UFC. Médico da Estratégia de Saúde da Família do município de Aquiraz, Ceará, Brasil.

Gemima de Paiva Rêgo

Graduada em Odontologia, mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Dentista da Estratégia de Saúde da Família do município de Croatá da Serra – CE.

Hipácia Fayame Clares Alves

Graduada em Odontologia, mestranda em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará, cirurgiã-dentista na Estratégia Saúde da Família São Geraldo, município de Icó – CE.

Jéssica Pinheiro Carnaúba

Graduada em Enfermagem, mestranda em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará, enfermeira na Estratégia Saúde da Família Manoel Aires Teixeira (Carnaúba) do Município de Mombaça - CE.

Jurema Barros Dantas (Organizadora)

Graduada em Psicologia, doutora em Psicologia Social, professora adjunta do Departamento de Psicologia da UFC.

Karla Verbena Salviano Cavalcante

Graduada em Odontologia, mestranda em Saúde da Família pela UFC. Cirurgiã-dentista da Estratégia de Saúde da Família do município de Fortaleza, Ceará, Brasil.

Lucenir Mendes Furtado Medeiros

Graduada em Enfermagem, mestre em Saúde da Família pela UFC, enfermeira da Estratégia Saúde da Família São Geraldo da prefeitura municipal de Icó/CE.

Luciana Rodrigues Cordeiro

Graduada em Enfermagem, mestre em Saúde da Família pela UFC, enfermeira da Estratégia Saúde da Família da prefeitura de Fortaleza.

Marcela Marques Jucá Fernandes

Graduada em Enfermagem, enfermeira da Estratégia de Saúde da Família do município de Caucaia – CE.

Marcelo José Monteiro Ferreira

Graduado em Educação Física, doutor em Saúde Coletiva. Docente do quadro permanente do Mestrado Profissional em Saúde da Família – Nucleadora UFC.

Maria Fátima Maciel Araújo

Graduada em Enfermagem, doutora em Enfermagem, docente colaboradora do Mestrado Profissional em Saúde da Família – Nucleadora UFC.

Maria Sabrinny Martins Rodrigues

Graduada em Serviço Social, mestranda em Saúde da Família. Assistente social do Núcleo de Apoio à Saúde da Família do município de Fortaleza, Ceará, Brasil.

Paulo Sérgio Dourado Arrais

Graduado em Farmácia, doutor em Saúde Pública, docente do quadro permanente do Mestrado Profissional em Saúde da Família – Nucleadora UFC.

Pedro Renan Santos de Oliveira

Graduado em Psicologia, doutor em Psicologia, Professor do Curso de Psicologia da UniChristus.

Raquel Cristina Santana Praxedes

Graduada em Odontologia, mestranda em Saúde da Família pela UFC. Cirurgiã-dentista da Estratégia de Saúde da Família do município de Fortaleza, Ceará, Brasil.

Raquel Rubim da Rocha Guimarães

Graduada em Psicologia, mestre em psicologia, professora da UNINASSAU/Fortaleza, servidora da Secretaria Municipal de

Fortaleza/CE, lotada no Centro de Atenção Psicossocial Comunitário do Bom Jardim.

Renata de Sousa Alves (Organizadora)

Graduada em Farmácia, doutora em Farmacologia, docente do quadro permanente do Mestrado Profissional em Saúde da Família – Nucleadora UFC.

Risolinda Rodolfo de Sá Batista

Graduada em Odontologia, mestre em Saúde da Família pela UFC, cirurgiã dentista da Estratégia Saúde da Família em Horizonte/CE.

Ryvanne Paulino Rocha

Graduada em Enfermagem, mestranda em Enfermagem na Universidade Federal do Ceará.

Stephanie Caroline Ferreira de Lima

Graduada em Ciências Sociais, mestranda em Psicologia do Programa de Pós Graduação em Psicologia da UFC.

Valter Cordeiro Barbosa Filho

Graduado em Educação Física, doutor em Educação Física e professor do ensino básico técnico e tecnológico do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará.

Visite nosso site:
www.imprensa.ufc.br



[Versão digital](#)

Imprensa Universitária da Universidade Federal do Ceará - UFC
Av. da Universidade, 2932 - Benfica
CEP.: 60020-181 - Fortaleza - Ceará - Brasil
Fone: (85) 3366.7485 / 7486
imprensa@proplad.ufc.br

A Universidade Federal do Ceará contribui por excelência para a educação e para a ciência em nosso país. Como um dos seus avanços acadêmicos, merece destaque o desenvolvimento da pós-graduação, que fortalece o pilar da formação de recursos humanos por meio da pesquisa.

A pós-graduação brasileira, sistematicamente avaliada nas últimas décadas, ganha credibilidade, e seus pesquisadores gozam de reconhecimento internacional. Nesse processo, o livro integra a produção intelectual acadêmica das múltiplas áreas que compõem o quadro científico da Universidade e apura os esforços dos pesquisadores que veiculam parte de sua produção nesse formato.

A Coleção de Estudos da Pós-Graduação foi criada, portanto, para apoiar os programas de pós-graduação *stricto sensu* da UFC e consolidar uma política acadêmica, científica e institucional de valorização da pesquisa, ao franquear o curso da produção intelectual em forma de livro.

