

AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS E PROGRAMAS SOCIAIS NO CAMPO DA SAÚDE

MUITAS FALAS, MÚLTIPLOS OLHARES

ORGANIZADORAS

LIDUINA FARIAS ALMEIDA DA COSTA

MARIA SÔNIA LIMA NOGUEIRA

2ª EDIÇÃO REVISADA E AMPLIADA

AVALIAÇÃO EM POLÍTICAS E PROGRAMAS SOCIAIS NO CAMPO DA SAÚDE

MUITAS FALAS, MÚLTIPLOS OLHARES

ORGANIZADORAS

LIDUINA FARIAS ALMEIDA DA COSTA

MARIA SÔNIA LIMA NOGUEIRA

2ª EDIÇÃO REVISADA E AMPLIADA



2023, EDMETA

**AValiação DE POLÍTICAS E PROGRAMAS
SOCIAIS NO CAMPO DA SAÚDE: MUITAS
FALAS, MÚLTIPLOS OLHARES**

ORGANIZAÇÃO

Liduína Farias Almeida da Costa e
Maria Sônia Lima Nogueira

CAPA E PROJETO GRÁFICO

Ana Carolina Frota

REVISÃO

Maria do Céu Vieira

EDMETA

Edmeta - Editora Digital e Impressa
Ltda

Av. Desembargador Moreira, 2800,
Sala 1008
Bairro Aldeota Fortaleza - CE,
Brasil

CONSELHO EDITORIAL

Francisco Horácio da Silva Frota
Maria Helena de Paula Frota
Maria Andréa Luz da Silva
Jeanete Filomeno Puchain Ramos
Irapuan Peixoto Filho

CREATIVE COMMONS CC BY-NC

Esta licença permite que outros
remixem, adaptem e criem a partir
do seu trabalho para fins não
comerciais

(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Avaliação de políticas e programas sociais no
campo da saúde [livro eletrônico] / organização
Liduína Farias Almeida da Costa, Maria Sônia
Lima Nogueira. -- 2. ed. -- Fortaleza, CE :
Edmeta, 2023.
PDF

Vários autores.
Bibliografia
ISBN 978-65-86311-25-9

1. Saúde pública 2. Políticas públicas de saúde
3. Programas sociais - Avaliação I. Costa, Liduína
Farias Almeida da. II. Nogueira, Maria Sônia Lima.

23-183055

CDD-362.109

Índices para catálogo sistemático:

1. Saúde pública 362.109

Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

SUMÁRIO

- 5 PREFÁCIO**
JOÃO TADEU DE ANDRADE
- 7 A MODO DE APRESENTAÇÃO - A PESQUISA AVALIATIVA EM POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE SOB VÁRIOS ÂNGULOS: PONTUANDO CONTRIBUIÇÕES DE ÁREAS AFINS**
LIDUINA FARIAS ALMEIDA DA COSTA
- 25 POLÍTICAS DE PREVENÇÃO DAS DST/HIV/AIDS PARA HOMOSSEXUAIS MASCULINOS: TRAJETÓRIA DE CONSTRUÇÃO**
FRANCISCO XAVIER RAMOS PEDROSA FILHO
- 65 O CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO CEARÁ NA DEFINIÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE: DISCURSOS E PRÁTICAS (1998-2000)**
MARIA DE FÁTIMA PIANCÓ NOGUEIRA DIÓGENES
LIDUINA FARIAS ALMEIDA DA COSTA
- 107 A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) NO JARDIM AMÉRICA (FORTALEZA - CEARÁ- BRASIL)**
MARIA SÔNIA LIMA NOGUEIRA
- 141 AVALIAÇÃO DA GESTÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA NOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO CEARÁ**
ÂNGELA MARIA LEITE GOMES
- 189 ENTRE A RAZÃO E A ESPERANÇA: SERVIÇOS DE SAÚDE SEGUNDO HISTÓRIAS DE VIDA DE PESSOAS ACOMETIDAS DE ESCLEROSE MÚLTIPLA**
ANA PAULA FERREIRA COELHO
LIDUINA FARIAS ALMEIDA DA COSTA

- 225 REFLEXÕES ACERCA DO PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: UMA EXPERIÊNCIA NO BAIRRO PIRAMBU (FORTALEZA-CEARÁ-BRASIL)**
MARIA DERLEIDE ANDRADE
LIDUINA FARIAS ALMEIDA DA COSTA
- 265 A QUALIDADE MICROBIOLÓGICA DAS ÁGUAS UTILIZADAS EM INSTITUIÇÕES HOSPITALARES: UMA AVALIAÇÃO NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA**
MARIA GORETE LOTIF LIRA
- 295 A QUALIDADE DOS ALIMENTOS NO CONTEXTO DA POLÍTICA DE SEGURANÇA ALIMENTAR: ESTUDO DE CASO NUMA FEIRA LIVRE TRADICIONAL DE FORTALEZA**
HELDER DE FREITAS MOURA
- 327 A ESTRATÉGIA ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES DA INFÂNCIA (AIDPI) NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE RUSSAS-CEARÁ-BRASIL: UMA AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO**
LUIZA DE MARILAC BARROS ROCHA

PREFÁCIO

O fenômeno da saúde, com todas as suas interfaces e complexidades, é reconhecido cada vez mais como realidade que transcende seu entorno biofísico e o campo epistêmico da medicina científica. De inquestionável centralidade na vida humana e na reprodução das sociedades, a saúde passou a receber a atenção das ciências humanas, desde o início do século passado.

De lá para cá, esta aproximação promoveu perspectivas, acentuou diálogos, reduziu fronteiras disciplinares, a ponto de favorecer, nesta fértil dialética, a criação de uma área particular de conhecimento, denominada hoje saúde coletiva. É nesse território de saberes que este livro, organizado pelas Profas. Liduina Farias e Sônia Lima, se insere como contribuição local do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Sociedade da UECE. O conjunto de reflexões aqui expostas marca justamente este encontro necessário entre o campo da saúde e o olhar das ciências humanas, em ricos e diversos temas, objetos de análise e quadros teórico-metodológicos. Considero, neste aspecto, um chamamento imprescindível este questionar as necessidades humanas e os circuitos da subjetividade, lembrando imperativos éticos e políticos presentes nas avaliações de políticas públicas em saúde.

Estampada no título desta obra, a ideia de múltiplos ângulos e linguagens reafirma a incomensurabilidade do real de que falava Max Weber, em sua sociologia interpretativa. Assim, as diversas apropriações filosóficas, sociológicas, antropológicas – todas inter-

disciplinares – , encontradas nestes textos, confirmam a delicada tessitura do social em sua íntima relação com as práticas de saúde e as ações públicas de intervenção e avaliação. Esta obra constitui, portanto, um documento importante que registra a contribuição das Humanidades no campo da saúde.

João Tadeu de Andrade

A MODO DE APRESENTAÇÃO - A PESQUISA AVALIATIVA EM POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE SOB VÁRIOS ÂNGULOS: PONTUANDO CONTRIBUIÇÕES DE ÁREAS AFINS

Liduina Farias Almeida da Costa¹

Esta coletânea é formada de capítulos escritos por vários/as autores/as, com suporte em pesquisas cujos objetos circunscrevem-se nas políticas públicas e programas sociais no campo da saúde. Entre os critérios de seleção dos capítulos que a compõem, considerou-se principalmente o distanciamento de linhas avaliativas restritivas que priorizam a mera aferição da relação custo-benefício racionalizadora de recursos. Ao contrário dessa perspectiva, os autores das diferentes áreas do conhecimento integrantes desta coletânea encontram também no campo das ciências sociais e humanas referências teóricas e metodológicas propiciadoras de aproximação às políticas públicas e programas sociais, que em circunstâncias específicas fazem parte de agendas governamentais em respostas a demandas emanadas do complexo terreno das necessidades humanas.

1 Liduina Farias Almeida da Costa. Doutora em Sociologia com pós-doutorado também em Sociologia pela Universidade Federal do Ceará. É Professora da Universidade Estadual do Ceará. Integra os Programas de Pós-Graduação em Planejamento e Políticas Públicas e Sociologia. Atua nos seguintes temas: políticas públicas; democracia; sistemas de proteção social (saúde, assistência e previdência); desenvolvimento regional/territorial/rural. É membro do Grupo de Pesquisa Políticas Sociais, Trabalho e Cidadania, do Núcleo de Pesquisas Sociais e do Laboratório de Popularização da Ciência e Tecnologias nas áreas sociais e humanas.

É válido lembrar que a política pública como campo de produção do conhecimento se constituiu como linha específica da área de ciência política, e na busca por autonomia teórica e metodológica mantém profícuo e imprescindível diálogo com outros campos do saber, fortalecendo-se também mediante a interdisciplinaridade.

No Brasil, desde a década de 1980, observa-se em algumas instituições acadêmicas o início do debate sobre a avaliação de políticas públicas sociais. Em período coincidente com o da chamada Nova República, um dos exemplos mais notáveis desse debate é a realização de seminário, cujo relatório tornou-se referência no assunto, pois seu objetivo era: realizar “uma revisão sistemática da bibliografia especializada e recente [naquele período] sobre a avaliação de políticas públicas e dos estudos de avaliação de políticas sociais no Brasil” (FIGUEIREDO; FIGUEIREDO, 1986).

O artigo intitulado “Avaliação política e avaliação de políticas: um quadro de referência teórica”, produzido pelos autores ora referidos, com base naquele seminário, condensa uma produção teórica relevante a respeito da avaliação de políticas sociais em países da Europa e nos Estados Unidos, anteriormente à década de 1960, a evidenciar que naquele momento ainda estávamos distantes da efetivação de tal prática no país.

Conforme Figueiredo e Figueiredo (1986, p.107), ensinava-se naquele período a criação de uma subárea [da ciência política] que também “sofria de um viés comportamental e neutralista”, pois os cientistas políticos se preocupavam em estudar os modos como as decisões eram tomadas, priorizando a avaliação da eficácia em detrimento dos princípios e, deste modo, do próprio conteúdo dos programas e projetos.

Ao admitir que “avaliar é atribuir valor”, os autores ora referidos expressam-se favoráveis à necessidade do estabelecimento

de critérios de avaliação. Consoante consideraram, no mencionado seminário, ao sistematizar os objetivos, os critérios e os modelos de avaliação de políticas sociais, haviam enfatizado a urgência de “ampliar e sistematizar os estudos de avaliação de política – aferição do grau de consistência entre os objetivos sociais, os princípios de justiça e os meios a serem usados – além de mapear o “estado - das - artes” na área das pesquisas em avaliação de políticas sociais”. Segundo esclarecem, teriam montado um quadro analítico capaz de balizar não só o debate sobre o Programa Prioridades 85 (do governo Sarney), mas também acerca da política social brasileira do período (FIGUEIREDO ; FIGUEIREDO, 1986).

No entanto, a preocupação em relacionar objetivos, justiça e meios, assim como a clareza de que a avaliação política era condição essencial na avaliação de políticas, não seriam consensuais entre todos os interessados nesse objeto, sobretudo em contextos posteriores. Tanto que, em sintonia com a dinâmica dos acontecimentos políticos e processos socioeconômicos da América Latina, outras perspectivas avaliativas de políticas e programas sociais são formuladas. Sob os auspícios da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), uma perspectiva renovada, mas também “neutralista”, é amplamente utilizada no Brasil no contexto das reformas estruturais decorrentes da inserção do país na chamada nova ordem mundial, e de reforma do Estado que ignorava as garantias da Constituição de 1988.

Conforme Souza (2006), naquele contexto de reformas, são formulados modelos de políticas públicas influenciados pelo “novo gerencialismo público” e pelo ajuste fiscal, voltados, particularmente, para a busca da eficiência em si. Esta – aliada à importância do fator credibilidade e à delegação para instituições “com independência política” – passaria a ser vista como o objetivo primordial da política pública.

Embora a autora considere que estes modelos ainda seriam pouco incorporados nas pesquisas empíricas, muitas avaliações permanecem segundo essa ótica, em especial a priorização da meta de racionalização de recursos, sob a justificativa de que as condições sociais da população pobre produzem amplas e diversificadas demandas no campo social, num contexto político-ideológico de cunho liberal que sobrelevava a “crise fiscal” e as dificuldades do Estado em propiciar respostas a tais demandas. Em síntese, os recursos do fundo público destinados à regulação da questão social deveriam ser, de acordo com tal interpretação, reduzidos, cada vez mais.

A prevalência desse foco restrito de avaliação de políticas e programas sociais no Brasil pode ser ilustrada por meio da intensa disseminação do livro “Avaliação de projetos sociais”, produzido por Cohen e Franco (1993), sob os auspícios da CEPAL. Conforme o prefácio de Enrique Iglesias, então Presidente do Banco Interamericano de Desenvolvimento, a importância e contribuição do livro residiriam no alcance dos objetivos de elevação da eficácia e da eficiência no campo social. Como os autores assumem, a região latino-americana “sofreu uma crise econômica” nos anos de 1980, afetando as condições de vida de segmentos populacionais, e em face de tal situação, os técnicos teriam a responsabilidade de facilitar as decisões políticas tomando por base os êxitos e fracassos do passado. Seria um imperativo, então, a elevação do “grau de racionalização das políticas”, do qual decorreria a importância da elaboração de metodologias de avaliação de projetos sociais.

Nessa perspectiva, esses autores definem a avaliação de políticas públicas como elemento básico do planejamento, em razão do seu papel racionalizador de recursos. Mediante argumentação relacionada à possibilidade de medição do social e ratificação do seu ob-

jetivo de desenvolvimento de metodologias avaliativas, esclarecem o intuito de que “a análise da eficiência seja o reverso da medalha do estudo da eficácia” (ou impacto), que é a justificação última de sua elaboração (COHEN ; FRANCO, 1993, p. 17).

Não obstante a argumentação sobre a possibilidade de mensuração dos programas e projetos sociais, os autores dedicam um espaço mínimo ao assunto e o fazem à medida que tipificam a avaliação “em função do momento em que se realiza e dos objetivos que persegue”. Ao classificar a avaliação “em função de quem realiza”, os autores incluem a avaliação participativa que seria utilizada em pequenos projetos, no entanto, se limitam a algumas breves descrições.

O impacto dessa obra foi considerável, tanto por parte dos que comungavam com a ideia dos benefícios advindos dos receituários de países ricos no sentido dos “ajustes”, quanto pelos que se automeavam neutros, como também pelos que admitiam a possibilidade de ressignificações em função dos “atendidos”.

Quanto às pesquisas de natureza avaliativa, especificamente de políticas e programas sociais no Brasil, existem posições convergentes e divergentes, assim como posturas de continuidades e de rupturas com relação à perspectiva estritamente racionalizadora de recursos. Desse modo, nessa dinâmica, vêm se construindo várias outras perspectivas teórico-metodológicas.

No campo da saúde, por exemplo, destacam-se os estudos antropológicos de Minayo (1991). Ainda no início da década de 1990, esta autora posicionou-se favorável à abordagem antropológica na avaliação de programas de saúde e alertou: a antropologia vai além do “seu âmbito tradicional de pesquisa básica para compor, de forma interdisciplinar com a medicina social, um enfoque particular de avaliação de políticas públicas e, mais estritamente, de serviços de saúde” (MINAYO, 1991, p.1).

Como admite a autora, é possível a quantificação de determinadas áreas da sociedade, porém alerta para o fortalecimento da proposta de operar no plano dos significados e realça a importância do “subjetivo” em qualquer abordagem do social, porquanto o problema fundamental das ciências sociais seria o “caráter específico de seu objetivo, [...] o sujeito e que se recusa peremptoriamente a se revelar apenas em número ou a se igualar com sua própria aparência” (IDEM, p.6). Conforme acrescenta, a contribuição da antropologia no campo da saúde visa a superação de tendências positivistas do processo avaliativo, de modo a aprofundar uma visão mais totalizante do fenômeno saúde-doença.

Essa linha enfatizaria o processo de aplicação dos programas e detalhes da contradição que costumam acompanhá-lo. Na ótica da autora, o “processo é feito de conjunções de fatos e de experiências, implicando a presença de atores e forças que lutam, se contrapõem, se aliam e assim constroem a realidade” (MINAYO, 1991, p. 6).

Seguindo a perspectiva dos sujeitos – os supostos beneficiários das políticas públicas – destaca-se o esforço de Furtado (2001). Ao mapear metodologias direcionadas à avaliação de programas de desinstitucionalização na área da saúde, este autor contribuiu, significativamente, no debate acerca do processo de avaliação, sobretudo o referencial construtivista, que inclui grupos de interesse em todo o processo. Com apoio em Guba e Lincoln (1989), classifica-a como Avaliação de Quarta Geração, cujo percurso constaria de doze passos organizados em torno dos objetivos fundamentais da avaliação.²

2 1) Contrato garantindo o engajamento do avaliador e do(s) cliente(s); 2) esclarecer sobre as questões iniciais da avaliação; 3) identificação dos grupos afetados pelo que vai ser avaliado, sendo que o avaliador deve permanecer aberto à inclusão de novos grupos de interesse; 4) elucidação das reivindicações e problemas dos implicados; 5) organização de um contexto, no qual diferentes construções de grupos de interesses possam ser exprimidas, compreendidas e questionadas; 6)

Estes evidenciariam as “diferentes percepções e questões dos grupos de implicados, capacitação e desenvolvimento dos envolvidos e criação de espaços de negociação fecunda para a construção comum das mudanças” (FURTADO, 2001, p.8).

Merecem destaque ainda as preocupações éticas nessa modalidade de avaliação, especialmente quando realçam a importância da garantia de igual tratamento para as questões e reivindicações dos diferentes grupos durante as negociações, sejam eles usuários ou gestores. Este autor fortalece os posicionamentos éticos à medida que evidencia a emergência de grupos de poder durante os processos de avaliação, assim como possíveis tendências à massificação em razão de pesquisas que priorizam a eficiência. E o faz ao alertar para o caráter político da atividade, assim como as possibilidades que teria o avaliador de sucumbir a pressões políticas e administrativas.

Posteriormente, Minayo reafirma os propósitos referentes às subjetividades, conforme se lê em obra coletiva da Fundação Instituto Oswaldo Cruz, intitulada “Avaliação por Triangulação de Métodos: abordagem de programas sociais”. A obra relata experiência de pesquisa avaliativa do Programa Cuidar, efetuada no Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde da Fiocruz. A pesquisa avaliativa reúne investigação e avaliação e se distingue pela contextualização, teorização e complexificação dos instrumentos, métodos e análises de resultados. E segundo Minayo, Assis e Souza (2005, p.4) teria dois contrapontos:

busca de consensos no interior dos grupos; 7) entre os grupos; 8) negociação de aspectos de difícil consenso; 9) difusão de dados necessários às discussões e refinamento das construções dos implicados; 10) organização de fóruns de negociações visando o exame de aspectos conflituais; 11) elaboração de relatórios relativos às reivindicações, inquietações e consensos enunciados pelos implicados; 12) reinício do processo de avaliação, caso permaneçam questões não resolvidas (GUBA; LINCOLN, 1989; LEHOUX et al., 1995, apud FURTADO, 2001, p.15).

[...] o da área de investigação propriamente dita, de onde provém e à qual acrescenta a peculiaridade do conceito de avaliação, atualmente um campo específico de conhecimento com marcos teóricos e metodológicos consagrados e sofisticados. O outro é o da avaliação tradicional que se constitui apenas como uma técnica operativa, cujo viés instrumental dispensa a contextualização e a teorização.

Realça-se que a perspectiva de superação da avaliação como mera técnica operativa é também uma das contribuições da sociologia à área das políticas públicas, diante da incorporação do neoinstitucionalismo às suas análises. Daí, o desdobramento de marcante diálogo com a sociologia em geral e, particularmente, com a sociologia política, como mostram as reflexões de Cortes e Lima (2012). Estas autoras evidenciam características específicas de uma área do conhecimento que busca autonomizar-se, no entanto, não pode prescindir da interdisciplinaridade com outros campos do saber. Em decorrência, apontam como contribuição três aspectos cruciais da sociologia que podem ser utilizados pela política pública, ou seja: a compreensão do papel dos grupos sociais; os imperativos cognitivos e normativos e suas influências na formação e implementação de política pública; e o debate sociológico sobre estruturas e instituições sociais.

Em sintonia com as contribuições destas e de outras áreas do conhecimento, e com os pontos de vista e demandas dos “atendidos”, os autores e autoras integrantes da presente coletânea comungam da ideia segundo a qual a avaliação de políticas e programas sociais no campo da saúde não pode prescindir de avaliação política – em sentido amplo. Desse modo, conjugam variados referenciais teóricos e metodológicos das grandes áreas do saber, no intuito de compor um panorama de possibilidades avaliativas que colocam em primeiro

plano os sujeitos envolvidos e seus respectivos lugares sociais sem, no entanto, perder de vista nem a relação intrínseca entre singularidade e universalidade, nem os objetivos da política ou programa acerca dos quais constroem seus objetos de pesquisa avaliativa.

Tecidos esses comentários, passemos à apresentação dos diversos capítulos e autores componentes da obra. Antes, uma ressalva: como exposto nos capítulos, trata-se de estudos produzidos com base em pesquisas efetuadas entre 2004 e 2009, os quais preservam os dados empíricos então analisados. Dessa forma, ofertam-se aos pesquisadores interessados nos temas informações úteis na perspectiva comparativa de avanços e recuos ocorridos até o presente.

O primeiro capítulo, de Francisco Xavier Ramos Pedrosa Filho, é intitulado “Políticas de prevenção das DST/HIV/Aids para homossexuais masculinos: trajetória de construção de uma resposta à epidemia de Aids”. Trata-se de reflexão acerca do diálogo entre o movimento homossexual e o poder público, assim como da avaliação de seus resultados quanto ao delineamento de uma política de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e Aids para homossexuais masculinos. É exemplar quanto ao enriquecimento das possibilidades de avaliação sob a ótica dos sujeitos implicados nessas políticas.

O autor encontra referência teórica em Jürgen Habermas, especialmente no conceito de ação comunicativa. O diálogo referido entre os sujeitos e o poder público, conforme Francisco Pedrosa, se reveste de um caráter comunicativo, visto que as ações planejadas e realizadas têm a participação da sociedade civil, do cidadão, por meio do movimento homossexual como ator social do processo.

Uma de suas conclusões mais importantes se refere à ampliação da política de prevenção das DST/HIV/Aids para esse segmento social nos Estados e municípios brasileiros, mediante a construção

sistemática do diálogo entre sociedade civil e governos, assim como a ênfase nas ações de prevenção junto aos estratos sociais mais pauperizados dos homossexuais masculinos, na configuração de uma estratégia marcante para a consolidação de uma política verdadeiramente nacional – com a participação das três esferas do Estado e da sociedade civil – na área da saúde.

O capítulo seguinte, de autoria de Maria de Fátima Piancó Nogueira Diógenes e Liduina Farias Almeida da Costa, tem como título “O Conselho Estadual de Saúde do Ceará (CESAU) na definição das políticas de saúde: discursos e práticas”. Consiste em avaliar os efeitos do poder sobre os atores sociais integrantes desse conselho gestor de políticas públicas envolvidos nas definições e na implementação da política de saúde. Ao buscar implementar uma avaliação sob a perspectiva dos sujeitos envolvidos no processo, as autoras encontram, principalmente em Michel Foucault, o entendimento das relações de poder e em Jürgen Habermas a ideia de constituição de uma esfera pública como condição de publicidade, assim como a valorização dos sujeitos como garantia democrática.

Consideram as autoras que o uso das “ideias-forças” da participação da comunidade e do controle social teria o objetivo de colocar o cidadão-usuário no centro do processo de avaliação do sistema de saúde, a impedir que o poder executivo seja o único interlocutor do interesse coletivo. Ainda como consideram, as dificuldades apontadas com relação às deliberações do conselho, além de certas ausências de coerência nos discursos, questões de representatividade ainda obscuras e pressões de segmentos sociais hegemônicos expressam também a face das limitações do CESAU como espaço de luta e de conquista de poder, no sentido da definição da política de saúde, no período observado.

Entre as conclusões, destacam a possibilidade de contribuição dos conselhos de políticas públicas no fortalecimento, ou mesmo na construção de uma esfera pública brasileira, à medida que aí se confrontam poderes e saberes múltiplos na gestação do “novo”, a vislumbrar um horizonte de prováveis rupturas com as posturas paternalistas e autoritárias que têm marcado as relações no campo dessas políticas no país e, portanto, no da política de saúde no Ceará.

Em seguida, o capítulo “A política pública de saúde mental e o Centro de Atenção Psicossocial do bairro Jardim América (Fortaleza-Ceará-Brasil)”, de Maria Sônia Lima Nogueira, enfoca os significados que os profissionais atribuem às propostas de desinstitucionalização, preconizadas pela reforma psiquiátrica no país, desde a Constituição de 1988.

A autora adota uma perspectiva teórico-metodológica aproximada às ideias de Minayo, conforme mencionou-se anteriormente sobre o caráter específico da pesquisa de avaliação em ciências sociais. Ao longo do capítulo, sobreleva a importância das representações sociais dos atores estatais que participam da efetivação da referida reforma, busca apoio teórico em clássicos da sociologia para chegar às formulações da psicologia social sobre o tema, assim como utiliza o conceito de estigma de Erving Goffman e as reflexões de Ganguilhem acerca das relações entre “normal” e “patológico”.

Quanto às representações sociais dos profissionais sobre a saúde mental, destaca vários aspectos reveladores de possibilidades de superação do preconceito quanto à loucura, sobretudo por parte daqueles profissionais que fundaram o CAPS do bairro Jardim América da cidade de Fortaleza, onde realizou criteriosa pesquisa empírica. Vai além, e enriquece sua percepção ao não encobrir o “outro lado da moeda”, ou seja, o lado que propicia reafirmar a permanência de estigmas que constituem obstáculos à efetivação

dos propósitos da reforma psiquiátrica. Demonstra, finalmente, que houve certa expansão da política de saúde mental, em termos de serviços de atendimento, no entanto considera estar-se ainda distante da consolidação de um sistema de saúde mental, cuja capacidade de atendimento se aproxime do universo e complexidade das demandas da população.

Na sequência, o capítulo “Avaliação da gestão de vigilância sanitária nos municípios do Estado do Ceará”, de autoria de Ângela Maria Leite Gomes. Conforme sugere este título, o capítulo resulta de pesquisa avaliativa das ações da área de vigilância sanitária nos municípios do Estado do Ceará, habilitados no Sistema Único de Saúde (SUS), na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde.

Ao situar a vigilância sanitária no contexto das políticas de saúde, a autora discute determinantes das fragilidades que a cercam ao longo da história da saúde pública do país. E o faz, atenta a duas linhas conceituais de vigilância sanitária que se confrontam, fortemente, em contexto de orientação neoliberal do Estado brasileiro, no período da pesquisa, tais como: a) ação de fortalecimento da cidadania e da democracia; b) arena de permanente tensão e conflito, com ações que delimitam os interesses privados em favorecimento dos interesses e direitos coletivos.

Ao priorizar a avaliação das ações de vigilância sanitária, nos municípios do Estado do Ceará, Ângela Leite expressa a compreensão de que, como um todo, o Sistema Único de Saúde ainda se mostra com baixa capacidade organizacional e gerencial e que em algumas áreas específicas da saúde, como a vigilância sanitária, o interesse é marcadamente superficial, com a predominância do isolamento institucional e preservação de modelos tradicionalmente hegemônicos, os quais favorecem os interesses de mercados. Portanto, contrários aos interesses do bem-estar coletivo.

Segundo conclui a autora, a vigilância sanitária [no período avaliado] ainda não era considerada, de fato, como ação eficaz de Estado ou parte integrante do SUS. E fortalece este argumento ao afirmar que o Estado do Ceará pouco se diferencia do país, no referente à gestão de vigilância sanitária e, portanto, da própria política pública de saúde. Tratar-se-ia de um processo político em elaboração, a necessitar de esforços dos três níveis de governo para sua concretude e efetivação.

O capítulo seguinte, de Ana Paula Ferreira Coelho e Liduina Farias Almeida da Costa, intitulado “Entre a razão e a esperança: serviços de saúde segundo as histórias de vida de pessoas acometidas de esclerose múltipla”, desenvolve uma reflexão acerca das formas de sociabilidade entre os sujeitos acometidos pela esclerose múltipla e as demais pessoas com quem se relacionam, com destaque para os grupos e associações constituídas por essas pessoas.

Ao conjugar referenciais teórico-metodológicos das ciências sociais e da saúde coletiva, e instrumentos da pesquisa social como a história de vida, as autoras pressupõem que o longo percurso da definição do diagnóstico dever-se-ia, de alguma forma, à fragmentação de percepção sobre o corpo, no contexto da medicina moderna. Outras dificuldades, como as questões organizacionais e de gestão dos serviços públicos encarregados pela efetivação da política de saúde, também influenciariam.

As autoras ressaltam mudanças significativas ocorridas nas vidas das pessoas acometidas de esclerose múltipla e que a maioria delas utilizam, ao mesmo tempo, “vários sistemas de cura” (MARTINS, 2003), como os oficiais e os complementares.

Não obstante as alterações no cotidiano desses sujeitos, suas trajetórias de vida e as relações construídas, especialmente no plano das socialidades primárias, podem influenciar nas distintas manei-

ras de convívio com a doença, na progressão desta e na perspectiva de conquista de uma qualidade de vida minimamente satisfatória. Para as autoras, o viver cotidiano dessas pessoas se traduz, em grande medida, na busca constante por saúde e bem-estar, aliando a esperança na ciência e na espiritualidade, a resultar também na ampliação de horizontes em termos do estabelecimento de novas relações familiares, novas amizades e/ou laços afetivos.

Ao evidenciar tais buscas e correspondentes efeitos, as autoras cogitam acerca da importância e das possibilidades de integração entre corpo e mente, a partir da qual os sujeitos em situação de adoecimento passariam a ser vistos e tratados de forma mais completa e adequada à sua condição humana.

Outro capítulo, intitulado “Reflexões acerca do princípio da integralidade na atenção primária em saúde: uma experiência no bairro Pirambu (Fortaleza-Ceará- Brasil)”, de Maria Derleide Andrade e Liduina Farias Almeida da Costa, discute acerca do princípio da integralidade na atenção primária, no Programa Saúde da Família (PSF), sob a ótica dos segmentos entrevistados (usuários do programa, conselheiros e profissionais de saúde). As autoras fundamentam-se em reflexões concernentes à integralidade no campo da saúde pública, porém, no intuito de ampliar e aprofundar a análise, sob a perspectiva das ciências humanas, se aproximam de reflexões filosóficas referentes à vida cotidiana.

Segundo explicitam, no cotidiano das unidades de saúde, há uma distância social e cultural entre os profissionais e usuários, a contrariar a lógica do PSF que propõe ações próximas do indivíduo, da família e da comunidade. Concordam com Martins (2002), segundo o qual, na rotina assimétrica estabelecida, e diante das rotinas e procedimentos dos profissionais, os usuários encontram-se menos capacitados para fazer valer seus desejos, perdem sua autono-

mia e têm dificuldade de negociar seu direito à informação e à participação. Derleide Andrade e Liduina Farias evidenciam a existência de desafios e a urgência de enfrentamentos no sentido de uma lógica de atendimento pautada na integralidade e em resposta às necessidades de saúde da população, como a abertura para novos saberes e diferentes campos do conhecimento sobre o processo saúde-doença e, portanto, da efetiva integralidade nessa esfera do sistema público de saúde.

O capítulo seguinte, de Maria Gorete Lotif Lira, intitulado “A qualidade microbiológica das águas utilizadas em instituições hospitalares: uma avaliação no município de Fortaleza”³ discute acerca da instituição hospitalar, seus avanços e tendências terapêuticas através da história, entre as quais a terapia de nutrição enteral (TNE) que, uma vez empregada em sistemas abertos, poderia estar sujeita às formas de contaminação, entre elas, o de hidratação ou reconstituição com água contaminada.

Após criterioso estudo sobre a evolução histórica da instituição hospitalar até atingir as condições contemporâneas, a autora discute e analisa os resultados de avaliação laboratorial realizada acerca das condições da água usada na referida dieta⁴ e, ao não encontrar as condições ideais em um significativo número de instituições pesquisadas, conclui que a história do hospital, como qualquer outra, “não é enredo acabado, pois está sendo feita como a de tantas instituições contemporâneas em crise, que precisam andar com a vida”.

3 O estudo contou com a coorientação da Profa. Evânia Altina Teixeira de Figueiredo, Doutora em Ciências Biológicas (microbiologia) pela Universidade de São Paulo e Professora Associada da Universidade Federal do Ceará, a qual acompanhou todo o processo de laboratório.

4 A orientação da Professora. Liduina Farias Almeida da Costa restringe-se às discussões relativas ao campo das políticas públicas. A avaliação das condições higiênico-sanitárias dos alimentos em si é de responsabilidade da autora.

Conforme admite Gorete Lotif, a solução para tal problema só virá com o reconhecimento pleno da cidadania dos doentes e familiares investidos da sua condição de sujeitos. Neste caso, é fundamental o papel das políticas públicas, não apenas no sentido de legislar, como também de acompanhar e avaliar. Considera, finalmente, que o poder público deveria fomentar ações sistematizadas e integradas, não somente de vigilâncias no sentido restrito da palavra, mas também praticando ações de prevenção, enfatizando a capacitação nas instituições hospitalares nesse sentido.

Outro capítulo, de Helder de Freitas Moura, intitulado “A qualidade dos alimentos no contexto da política de segurança alimentar: estudo de caso numa feira livre tradicional de Fortaleza”, discute a sistemática e os resultados de avaliação realizada sobre as condições higiênico-sanitárias dos peixes de origem marinha.

Após elaborar uma consistente discussão relacionada à política pública de segurança alimentar e à defesa do consumidor, assim como acerca das práticas de conservação desse tipo de alimento, o autor constata o seguinte: essa feira livre é considerada como patrimônio cultural da cidade, e funciona também como verdadeiro polo de sociabilização, opção de lazer e fonte de renda para inúmeras famílias. Porém, suas condições higiênico-sanitárias se encontram [em julho de 2006] fora dos padrões sanitários em vigor no país, e, assim, expõem os consumidores a riscos de contraírem doenças veiculadas por alimentos. O autor destaca, portanto, a necessidade urgente da intervenção do poder público municipal por meio dos seus órgãos intersetoriais com vistas a promover os devidos ajustes sanitários e por extensão a segurança do consumidor.

Finalmente, o capítulo “A estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI) no Programa Saúde da Família, no município de Russas-Ceará-Brasil: uma avaliação da

sua implantação”, o qual tem a autoria de Luiza de Marilac Barros Rocha. A autora desenvolve consistente análise dos resultados de pesquisa avaliativa, de natureza qualiquantitativa, sobre o processo de implantação da referida estratégia no município de Russas/Ceará, no período compreendido entre 2000 e 2004. Conforme considera, as estruturas das unidades de saúde encontram-se adequadas para o desenvolvimento da estratégia, e, segundo identifica, o perfil dos profissionais com relação à capacitação encontra-se a contento e atende aos objetivos da AIDPI; constata que os indicadores de saúde da criança impactaram, positivamente, com relação à mortalidade infantil e na redução da internação por causas evitáveis; realça a aceitação dos profissionais quanto à utilização do protocolo destinado à referida estratégia e, também, a satisfação da mãe e/ou acompanhante, no tocante ao atendimento.

Ao privilegiar a avaliação da estrutura e do processo e esquadrihar documentos originários de organismos internacionais como a Organização Mundial da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde, além de encontrar neles a base necessária à compreensão das concepções da saúde que dão suporte a essa estratégia e outras semelhantes, deixou pistas para se pensar as relações entre brasilidade, nordestinidade e políticas públicas, especialmente as de saúde, tendo em vista o conjunto de padronizações “ofertadas” por esses organismos aos países e regiões pobres do mundo.

BIBLIOGRAFIA

COHEN, E.; FRANCO, R. *Avaliação de projetos sociais*. Petrópolis: Vozes, 1993.

CORTES, S. V.; LIMA, L. L. A contribuição da sociologia para a análise de políticas públicas. *Lua Nova*, São Paulo, v.45, n. 87, p. 32-62, 2012.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: ABRASCO, v. 11, n.3, jul./set. 2006.

FIGUEIREDO, M. F.; FIGUEIREDO, A. M. C. *Avaliação política e avaliação de políticas*: um quadro de referência teórica. São Paulo: IDESP, 1986.

FURTADO, J. P. Um método construtivista para avaliação de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: ABRASCO, v. 6, n.1, jul./set. 2001.

MARTINS, P. H. *Contra a desumanização da medicina*: crítica sociológica das práticas médicas modernas. Petrópolis: Vozes, 2002.

MINAYO, M. C. de S. Abordagem antropológica para avaliação de políticas sociais. *Revista Saúde Pública*. São Paulo: USP, v. 25, n.3, 1991.

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

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 8, nº 16, jul./dez. 2006.

POLÍTICAS DE PREVENÇÃO DAS DST/HIV/ AIDS PARA HOMOSSEXUAIS MASCULINOS: TRAJETÓRIA DE CONSTRUÇÃO DE UMA RESPOSTA À EPIDEMIA DE AIDS

Francisco Xavier Ramos Pedrosa Filho¹

INTRODUÇÃO

Neste capítulo, a proposta é analisar o diálogo entre o movimento homossexual e o poder público e suas implicações sobre o delineamento de uma política de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e Aids para homossexuais masculinos².

O objeto da pesquisa insere-se no contexto da epidemia de HIV/Aids no Brasil. Como evidenciado, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), cuja abrangência epidemiológica caracteriza uma pandemia (epidemia em escala global), teve seu início, no Brasil, no começo da década de 1980.

Desse período para cá, a epidemia, segundo análises do campo da epidemiologia e das ciências sociais, passou por basicamente três fases: no começo, na primeira metade da década de 1980, há predominância de casos da doença entre homossexuais masculinos, e também pela transmissão sanguínea (via transfusão), atin-

1 Francisco Xavier Ramos Pedrosa Filho. Graduado em Comunicação Social / Jornalismo pela Universidade Federal de Pernambuco e Mestre em Políticas Públicas e Sociedade pela Universidade Estadual do Ceará. Atua principalmente nos seguintes temas: HIV/Aids, Direitos das populações LGBTQIA+, sexualidades, saúde, políticas públicas e cidadania.

2A pesquisa não abordou os métodos combinados de prevenção do HIV, a Prevenção Combinada, adotada pelo Ministério da Saúde a partir de 2013.

gindo indivíduos de alta escolaridade e concentrados nos grandes centros urbanos, especialmente da região Sudeste. Na segunda fase (de 1985 a 1995), observou-se uma expressiva participação de casos de Aids entre usuários de drogas injetáveis (UDI), uma diminuição dos casos relacionados à transfusão sanguínea e uma alteração na distribuição geográfica da epidemia, com a expansão da Aids para os grandes centros urbanos de todas as regiões do país e o início do aparecimento da doença já fora das regiões metropolitanas. Ainda com importante concentração dos casos entre homossexuais masculinos, a epidemia começa a atingir expressivamente os heterossexuais e conseqüentemente a transmissão perinatal passa a ser uma via importante da infecção pelo HIV/Aids. A terceira fase, do final da década de 1990 até o momento de realização da pesquisa, tem se caracterizado por quatro tendências epidemiológicas: a feminilização (crescente número de casos em mulheres); a heterossexualização (expressiva incidência entre homens e mulheres heterossexuais); a interiorização (os maiores ritmos de crescimento do número de casos ocorrem em municípios pequenos, com menos de 50.000 habitantes); e a pauperização da epidemia, quando as populações de baixas renda e escolaridade passam a ser mais afetadas (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000 a).

No tocante aos aspectos das categorias de exposição ao HIV/Aids, os boletins epidemiológicos do Ministério da Saúde apontam expressiva diminuição de novos casos entre homossexuais masculinos. Se no período entre 1980-1990 a subcategoria homossexual representava 31,40% dos casos de transmissão sexual (que por sua vez representavam 57,0% dos casos), no ano de 2002 nessa subcategoria encontravam-se 10,13% dos casos notificados de Aids. As tendências sistematizadas em nível nacional reproduzem-se no Estado do Ceará, onde, conforme documento da Secretaria de Saúde,

[...] evidencia-se uma mudança nas categorias de exposição anteriormente predominantes em homossexuais, atingindo de forma crescente os heterossexuais, e em particular as mulheres e a transmissão vertical (mãe-filho) e assim aumentando o número de crianças com Aids (CEARÁ. SESA, 2001, p. 3).

Segundo a Secretaria da Saúde do Estado e o Ministério da Saúde, 68,06% dos casos de Aids no Ceará concentram-se em Fortaleza e em cerca de 80% dos municípios cearenses já há pelo menos um caso notificado de Aids.

Por um lado, há uma crescente diminuição da incidência de casos entre homossexuais masculinos, mas, por outro, esse grupo social ainda é significativamente afetado pela doença, já que em termos estatísticos, no período acumulado entre 1980-2001, 17,0% dos casos estavam entre homossexuais, 9,7% entre bissexuais e 27,40% entre heterossexuais (considerando-se os 54,20% da categoria de exposição sexual)³ Com relação aos óbitos, cerca de 35.000 homossexuais masculinos faleceram em decorrência de complicações relacionadas à Aids, numa população (de homossexuais - masculinos e femininos) estimada em 10% de toda a população (RELATÓRIO KINSEY, 1948), ou 5,9 % (de homossexuais masculinos – de acordo com o Ministério da Saúde). É importante ressaltar os óbitos de homossexuais masculinos por causa da Aids. Pelos dados oficiais, desde o início da epidemia, esta já matou pelo menos 35.000 gays no país. Atualmente, cerca de 25.000 homossexuais estão doentes de Aids, em tratamento na rede pública de saúde, e outros 120.000

3 Nos boletins epidemiológicos do Programa Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde, consideram-se as seguintes categorias e subcategorias de exposição ao HIV/Aids: Sexual (homossexual – bissexual – heterossexual), Sanguínea (UDI- usuários de drogas injetáveis – Hemofílico – Transfusão), Perinatal, Acidente de Trabalho e Ignorada.

estão infectados pelo HIV. É o que afirma o informativo Cadernos Pela Vida (2002).

Além dos dados e tendências epidemiológicas, a história social da Aids, construída pelos seus aspectos comportamentais, simbólicos e psicossociais, reserva uma trajetória complexa e caracterizada por suas relações com a questão do estigma e da discriminação. Galvão (2000, p.173) nos remete às dimensões da Aids: “Weeks destaca que todas as doenças têm dimensões sociais, éticas e políticas, assim como há uma longa tradição de conectar doença com questões morais.” Nas palavras da autora, a identificação dos primeiros casos de Aids entre homossexuais norte-americanos estabelece um vínculo (até hoje não foi rompido) entre Aids e homossexualidade masculina. E prossegue:

[...] Mesmo as tentativas de apresentar os casos de Aids da África para demonstrar a heterossexualidade da epidemia pouco adiantaram, pois, como coloca Watney, a triangulação entre doença, sexualidade e homofobia, mesmo de forma inconsciente, fazia sentido (2000, p.173).

As primeiras ações governamentais no Brasil basearam-se na Aids como uma doença típica de homossexuais masculinos, com a caracterização de “grupos de risco”, como afirmam Amato Neto e Pasternak (2001, p. 2):

[...] No início da epidemia, atribuiu-se ao estilo de vida homossexual a síndrome da imunodeficiência adquirida, disto resultando discriminações, além de perseguições, ao lado de uma falsa noção de ausência de risco por parte dos que não tinham esta orientação sexual e estilo de vida [...]

Entretanto, segundo estes autores, logo percebeu-se que não era este o único condicionante para adquirir o vírus, pois surgiram os primeiros relatos de casos em hemofílicos e após transfusão de sangue. Ficou, então, documentada a transmissão vertical.

Diante dos aspectos das vulnerabilidades específicas em HIV/Aids⁴, da significativa incidência da Aids entre homossexuais e das crescentes demandas advindas dos movimentos sociais, construíram-se espaços, dentro da estrutura formal do Ministério da Saúde, para tratar e encaminhar questões relativas à problemática. Em 1986, foi criado o Programa Nacional de DST e Aids e já há alguns anos, existe a Unidade de Prevenção; inserido nessa unidade, funciona, entre outros, o componente responsável pela política de prevenção dirigida ao segmento de Homens que fazem Sexo com Homens (HSH), que engloba homossexuais e bissexuais masculinos. No âmbito local, na Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, constituiu-se o Programa Estadual de DST/Aids, o qual está incluído, enquanto área técnica do Núcleo de Normatização da Atenção em Saúde Sexual e Reprodutiva, da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. E no nível municipal, em Fortaleza, configura-se a Coordenação Municipal de DST/Aids, vinculada à Célula de Atenção Bási-

4 Os fatores que tornam o indivíduo mais vulnerável a contrair o HIV/Aids ou adoecer (no caso das pessoas HIV+) são múltiplos. O termo vulnerabilidade, aplicado à Aids, passa a ser utilizado por Jonathan Mann, a partir da constatação de que a pandemia se deslocava e expandia-se constantemente para populações excluídas e discriminadas (MACEDO; PEDROSA et al., 2000). Segundo os mesmos autores, citando J. Mann, o empoderamento é o fortalecimento do indivíduo, que é o resultado de um conjunto de fatores individuais, sociais e políticos, que compõem a vulnerabilidade. Elementos como autoestima, autonomia sexual, acesso à informação, aceitação social, participação comunitária e a existência de políticas públicas eficazes de prevenção e tratamento estão inter-relacionados e constituem a vulnerabilidade e o empoderamento de cada indivíduo diante do HIV/Aids (Apud J. MANN e COLS. "Aids in the World II", 1996).

ca da Coordenadoria de Políticas de Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde. Em ambos os casos, nos níveis estadual e municipal, não há setores específicos que tratam das políticas voltadas aos homossexuais masculinos.

Na estruturação dos espaços e da própria política em DST/Aids, duas questões são fundamentais: a primeira foi o estabelecimento de três acordos de empréstimos do governo federal com o Banco Mundial, para financiar boa parte das ações de prevenção e assistência em HIV/Aids no Brasil. E a segunda importante questão é a participação da sociedade civil, através das organizações não governamentais (ONGs), no enfrentamento da epidemia.

No período de realização desta pesquisa, mais de seiscentas ONGs, no Brasil, realizam ações de prevenção, apoio e assistência em HIV/Aids (BRASIL.MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003)⁵, entre as quais, cerca de 130 têm como missão a defesa e a promoção dos direitos humanos dos homossexuais, a exemplo da ONG Grupo de Resistência Asa Branca – GRAB (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE GAYS, LÉSBICAS E TRAVESTIS, 2004).

Nesse contexto, a pesquisa analisou a seguinte questão: o diálogo estabelecido entre o poder público (a política nacional) e o movimento homossexual propiciou o delineamento de uma política de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (DST) e Aids para homossexuais masculinos? Nesse sentido, investigamos se os programas de prevenção das DST/Aids para essa população estão inseridos no Sistema Único de Saúde (SUS), na política pública de saúde.

5 De acordo com o Catálogo de Organizações da Sociedade Civil – HIV e Aids – 2001/2002, organizado por Câmara (2003), e publicado pelo Ministério da Saúde, até 2002, havia mais de 600 ONGs no país realizando ações em DST/HIV/Aids.

A pesquisa tem relevância social à medida que faz reflexões críticas, no âmbito das políticas públicas sanitárias e seus reflexos sobre as políticas identitárias, envoltas com a questão das homossexualidades, da saúde e da cidadania. Ao analisar o diálogo entre o poder público e o movimento homossexual, no tocante à prevenção das DST/Aids junto a homossexuais masculinos, a pesquisa apontou elementos e questões importantes na relação entre política de saúde e identitária.

Partindo da questão central do estudo, em que medida esse diálogo propiciou o delineamento de uma política de prevenção das DST/Aids para homossexuais masculinos, sua amplitude social se revela na análise da intervenção do Estado e da sociedade civil sobre a vulnerabilidade social e seu impacto sobre o empoderamento, no tocante ao HIV/Aids, por partes significativas de homossexuais.

É inegável o impacto das políticas públicas sobre as vidas das pessoas, tendo como lugar central a eficácia da própria ação do Estado sobre a vulnerabilidade (diante das DST, especialmente o HIV/Aids) da população delineada, mediante o desenvolvimento da reflexão que o estudo propiciou, partindo da análise do diálogo entre a política nacional e o movimento homossexual.

A pesquisa contribui para a formação de paradigmas da relação entre Estado e movimento homossexual, no enfrentamento da epidemia de HIV/Aids, especialmente na identificação e caracterização dos agentes sociais envolvidos com a questão. Poderá servir de parâmetro para a constituição desse diálogo, em esferas locais, no patamar atual da Aids, onde municípios de pequeno porte se deparam com os primeiros casos da doença, e em médios e grandes centros urbanos onde esse diálogo ainda prescinde de maior expressão e resolubilidade. Da mesma forma, possibilita o aprimoramento e a expansão desse diálogo na esfera nacional (no âmbito da saúde)

e entre representantes do poder público, de outras áreas além da saúde, e o movimento homossexual.

A pesquisa centra-se na análise do diálogo entre o movimento homossexual e o Estado na constituição de políticas de prevenção das DST/HIV/Aids para este grupo.

Do ponto de vista da produção do conhecimento, trata-se de contribuição para uma abordagem mais ampla do impacto social da Aids na agenda acadêmica de pesquisa, contribuindo para a produção teórica no que concerne às políticas de prevenção das DST/Aids dirigidas aos homossexuais masculinos.

Apesar da reconhecida importância da epidemia de HIV/Aids, do ponto de vista do desenvolvimento econômico e social por parte de organismos internacionais, por alguns governos brasileiros e pela sociedade civil, poucos estudos tentaram aprofundar-se, uma vez que, “[...] o HIV/Aids, em geral, não conseguiu ser incluído na agenda da pesquisa acadêmica relacionada à política social e de saúde pública no Brasil” (PARKER; GALVÃO; BESSA, 1999, p. 13).

Como objetivo a pesquisa buscou identificar os programas desenvolvidos, no âmbito do Estado e da sociedade civil, relativos à prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, especialmente a Aids, dirigidos aos homossexuais masculinos. Para tal, analisa os programas de fornecimento gratuito de preservativos, a produção e a distribuição de materiais informativos e educativos, a veiculação de campanhas educativas e as intervenções comportamentais⁶, voltados à população delimitada.

6 [...] a intervenção comportamental é um conjunto de possibilidades para sugerir e apontar alternativas de comportamento que, no caso da prevenção das DST/HIV/Aids, visa diminuir ou eliminar os riscos de se infectar pelo HIV/Aids nas relações sexuais (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p. 57).

Ademais, enveredou também por reconstruir as ações do movimento homossexual relacionadas ao desenvolvimento de uma política de prevenção das DST e Aids para homossexuais masculinos, e averiguar as prioridades e gastos nos orçamentos da Saúde (Ministério da Saúde – Programa Nacional de DST e Aids, da Secretaria da Saúde do Estado e da Coordenação Municipal de DST/Aids de Fortaleza), reservados às ações de prevenção das DST/Aids para homossexuais masculinos.

A pesquisa norteou-se pela reflexão sobre as contribuições dos homossexuais masculinos, e o movimento social oriundo das necessidades de afirmação e luta por direitos do movimento homossexual, no enfrentamento deste problema de destacada relevância social que é a epidemia de Aids.

Os sujeitos sociais da pesquisa, a chamada “população-alvo” das políticas de prevenção das DST/Aids, foram os homossexuais masculinos ou gays (terminologia adotada no diálogo entre o Ministério da Saúde e o movimento homossexual), ou seja, homens que têm relações afetivo-sexuais exclusivamente com outros homens, já que outros gêneros homossexuais ensejam outras demandas e políticas específicas.

Ao longo do desenvolvimento da pesquisa, seguimos o caminho apontado por Bourdieu (1989), ou seja, o que visa recorrer à história social dos problemas, dos objetos e dos conceitos, como maneira de não se cair nas armadilhas dos objetos pré-construídos.

Priorizamos a pesquisa qualitativa, seguindo a perspectiva adotada por Mirian Goldemberg (1997), de acordo com a qual a preocupação do pesquisador não é com a representação numérica do grupo pesquisado, mas com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização, de uma trajetória. Ainda segundo a autora, é natural que cientistas sociais se interessem por

aquilo que valorizam. É a contextualização da ação participante, proposta metodológica adotada na pesquisa.

Partindo de pesquisa documental, que abrangeu boletins epidemiológicos, pesquisas quantitativas (resultados de pesquisas de opinião, relatórios de grupos focais realizados por grupos comunitários, e de diagnósticos socioeconômico-comportamentais), documentos, publicações, enfim, uma documentação extensa, das áreas específicas de DST/Aids dos três níveis de governo e do movimento homossexual, encontramos apoio em um conjunto significativo de dados quantitativos, cuja utilização potencializou o levantamento e a análise dos dados qualitativos. Seguimos a posição de Minayo (1996), para quem o conjunto de dados quantitativos e qualitativos não se opõem, pelo contrário, se complementam, pois a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia.

A história social da Aids, das ações de prevenção das DST/Aids – governamentais e da sociedade civil – e a história do movimento homossexual estiveram orientando e apontando os direcionamentos dessa pesquisa.

O estudo investigou, junto aos atores sociais que influenciaram a formulação das políticas de combate às DST e Aids, os representantes do Estado, das coordenações nacional, estadual e municipal de DST/Aids, cujos trabalhos incluem ações dirigidas aos homossexuais masculinos. Particularmente foram entrevistadas as coordenadoras desses setores ou as representantes das unidades técnicas específicas encarregadas dessa população⁷.

Com relação ao setor comunitário, foram investigados os representantes do GRAB, do movimento homossexual; a coordenação do Fórum de organizações não governamentais que trabalham com

7 A publicização dos nomes dos entrevistados foi feita após consentimento de cada um deles.

Aids⁸, composto por ONGs que trabalham com a população delimitada e outras que não trabalham com esse público; a Associação Brasileira de Gays, Lésbicas e Travestis (ABGLT); e outros atores sociais do movimento social de luta contra a Aids, como integrantes da Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA). Assim, as pessoas entrevistadas constituíram uma amostra representativa, composta por pessoas-chave nas funções que exercem, seja no Estado ou nos movimentos sociais.

Minha inserção enquanto ativista da organização não governamental Grupo de Resistência Asa Branca possibilita uma visão integrada ao objeto de estudo. Isto provocou um lugar de observação participante do referido objeto de pesquisa.

Tal fato, no entanto, não se revelou como empecilho ao distanciamento, à reflexão e à análise mais aprofundadas, em torno desse objeto de estudo. Seria o que Gondim (1999) ressalta numa expressão bastante importante de Da Matta (1987), ao afirmar que é preciso transformar o familiar em exótico e transformar o exótico no familiar. Segundo o autor, para se conhecer um fenômeno ou grupo, é necessário assumir um distanciamento crítico com relação a ele, reconhecendo que o fato de ocorrer à minha volta, no meu cotidiano, não significa que me seja conhecido. Da mesma forma, segue a autora afirmando que é preciso ter capacidade para entender o ponto de vista do outro, superando a tendência a julgá-lo em termos dos nossos próprios valores (etnocentrismo). Seria a constituição de um novo olhar diante do objeto de estudo.

8 Representatividade política, composto por 25 ONGs, de variados perfis e que têm em comum o desenvolvimento de ações diversas, nas áreas de prevenção, apoio às pessoas vivendo com HIV/Aids e desenvolvimento institucional (FÓRUM DE ONGS/AIDS DO CEARÁ, 2004).

“AGIR COMUNICANDO-SE”: AS MÚLTIPLAS FACES DO DIÁLOGO COM O ESTADO

Analizamos aqui o diálogo mantido entre o movimento homossexual e o Estado. As entrevistas foram realizadas com técnicos das coordenações de DST/Aids, dos níveis federal, estadual e municipal, e com membros de ONGs do movimento homossexual e do movimento social de luta contra a Aids.

Na perspectiva habermasiana, tendo o diálogo inserido num contexto comunicativo e propositivo, ou seja, o “agir comunicando-se”, os atores envolvidos assumem função copropositiva na construção de ações definidas.

Ayres (2002) reflete sobre a linguagem, e, para tal, ressalta Habermas (1988), ao considerar que a linguagem só existe tal em ato. “E o que é esse ato, criador de sujeitos e seus mundos na e pela linguagem, que nos faz experimentar o que somos no encontro com o que não somos, senão diálogo? Podemos, então, afirmar que sujeitos são diálogos” (AYRES, 2002, p. 15).

Segundo Mazula (2000), com base em Habermas, o cidadão é aquele que tem direito e dever de falar e agir. No falar ele tem a possibilidade e a capacidade de expressar a opinião pública, de dar o seu parecer e de poder criticar. Pelo agir, ele participa na definição, seleção de ações a serem realizadas e na tomada de decisões. “[...] Desta maneira, ele vincula-se mais ao projeto social. O falar é mais comunicativo, enquanto o agir é mais estratégico”, reflete Mazula (2000, p. 40).

Nessa direção, o diálogo se insere num contexto construtivo, onde os atores sociais se comunicam e agem num sentido de coparticipação. Ao nos reportamos à trajetória histórica do movimento homossexual, em suas tentativas de diálogo com o Estado, no início da epidemia de HIV/Aids, as pressões, as cobranças e os enfrentamen-

tos políticos caracterizaram as demandas postas ao Estado e a construção dos mecanismos de respostas comunitárias, que o movimento suscitou, como as estratégias de intervenção política, as metodologias educativas de prevenção ao HIV/Aids, de educação entre pares etc.

Mazula (2000, p. 42) ainda se apoia em Habermas quando este traça um quadro teórico de análise da realidade social assente na “competência comunicativa como capacidade política racional de diálogo a vários níveis da ciência, da técnica e da política”. Prossegue o filósofo moçambicano, analisando a teoria de Habermas:

A teoria comunicacional em Habermas ganha sentido porque apela para uma relação intercomunicativa dos atores sociais e políticos, estabelecendo um diálogo comunicativo. Desse diálogo resulta um plano de ação, assumido por todos os atores participantes. O plano torna-se, então, ao mesmo tempo, uma “ação de entendimento” e “atividade orientada para um fim”, definido cooperativamente (HABERMAS, 1990, p. 67, apud MAZULA, 2000, p. 137).

Para Habermas, o diálogo comunicativo faz participar o cidadão na construção da própria decisão. Nesse sentido, na dinâmica de demandas e respostas empreendidas pelo movimento homossexual, relativas à prevenção das DST/HIV/Aids junto aos homossexuais masculinos, se expressa num processo de diálogo com o Estado, participa da construção das políticas de prevenção da Aids nesse segmento social.

O diálogo com o nível federal

A análise do diálogo mantido entre o movimento homossexual e o Estado aponta, ao longo dos 26 anos de construção do movimento, para períodos distintos, com níveis diferenciados de efetividade.

Na constituição do movimento, no final da década de 1970, as demandas encaminhadas ao Estado concentravam-se em reivindicações relacionadas à segurança pública, diante da violência homofóbica crescente (inclusive policial) que afetava (e ainda afeta) os homossexuais. Mas não foi construída, na época, qualquer política de segurança destinada a enfrentar os crimes homofóbicos.

Já no início da década de 1980, a luta pela despatologização da homossexualidade, então classificada como homossexualismo, significando desvio ou transtorno sexual no Código Internacional de Doenças (CID) e seguido pelo Ministério da Saúde do Brasil, colaborou para dar visibilidade, junto a diversos setores da sociedade e do Estado, da luta pelos direitos dos homossexuais.

Com a chegada da Aids ao país, também no início da década de 1980, o diálogo entre o movimento (então com um número pequeno de organizações e de ativistas) e o Estado constituiu-se sob a forma da denúncia, de cobrança, do alerta sobre a gravidade da doença, e da experiência da constituição de espaço de diálogo junto à Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo para o enfrentamento da epidemia que se instalava e de seu impacto assustador sobre os gays.

Os anos 1980 representam um período de articulação do movimento homossexual, ainda com poucos grupos formados e com uma visibilidade ainda incipiente. As lutas na Assembleia Nacional Constituinte e junto aos sindicatos de jornalistas (relativa ao código de ética da categoria) inauguraram um diálogo mais formal com o parlamento em nível federal e com a categoria de jornalistas, formadores de opinião pública.

Na década de 1990, o diálogo com o Estado, no que se refere à homossexualidade, à Aids e às estratégias de enfrentamento, teve momentos de acentuada tensão, enfrentamento e pressão por parte do movimento homossexual.

Inicialmente, o diálogo com o governo foi bastante difícil. No VI Encontro Nacional de ONGs/Aids, [...] em Vitória-ES, em 1994, cheguei a queimar os dados epidemiológicos na plenária, na frente da coordenadora nacional de DST e Aids, Dra. Lair Guerra, por entender que os investimentos não correspondiam aos dados e que os homossexuais estavam desprovidos de respostas governamentais (TONI REIS)⁹.

Na visão do entrevistado, o VIII Encontro Brasileiro de Gays, Lésbicas e Travestis e o I Encontro Brasileiro de Gays e Lésbicas que trabalham com Aids, e a Conferência Internacional da ILGA, realizados em 1995, na cidade de Rio de Janeiro, ajudaram a melhorar e fortalecer o diálogo. Ele diz: “O evento foi realizado no Rio de Janeiro, com a presença da Dra. Lair Guerra. A partir daí o diálogo tornou-se muito proativo. Até então fazíamos muitas críticas”.

No que se refere ao diálogo entre o movimento homossexual e a comunidade científica, ele é considerado como importante também do ponto de vista do fortalecimento da capacidade de atuação do ativismo homossexual.

[...] embora continuemos convictos que a medicina não é uma ciência exata e que boa parte dos médicos e instituições de saúde continuam marcadas pela homofobia, o tempo nos ensinou a dialogar de igual a igual com nossos doutores e escúlapios. Hoje, há militantes [...] que se tornaram conhecidos experts em Aids, quer na questão das vacinas, da terapia, das políticas públicas de prevenção, apoio, ética médica e planejamento (MOTT, 2002, p. 35).

⁹ Então presidente do Grupo Dignidade (PR), coordenador geral do Projeto Somos, da Associação Brasileira de Gays, Lésbicas e Travestis e representante do movimento homossexual brasileiro na Comissão de Articulação com os Movimentos Sociais (CAMS) do Programa Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde (Entrevista concedida ao autor em fevereiro de 2004).

O autor avalia o diálogo existente: “O certo é que [...] o tempo tem nos levado a um diálogo mais aberto e propositivo entre homossexuais, ativistas de Aids, médicos e governo” (MOTT, 2002, p. 35). Conforme segue afirmando, acredita ter havido crescimento dos dois lados: médicos, que no início da Aids assumiram discurso homofóbico e moralista, e que hoje, graças à convivência com gays em comissões e seminários, superaram o preconceito, e aprenderam a respeitar a diversidade sexual. E, reflete ainda Mott (2002), que aquela virulência médico fóbica dos primeiros militantes gays e das ONGs/Aids, que eram desconfiados e arredios aos discursos dos cientistas, aprenderam que a mesma ciência médica que discriminou e castrou os gays, hoje, graças aos Conselhos Federais de Medicina e de Psicologia, e à OMS também passaram por mudança. Mencionados órgãos, além de despatologizarem a homossexualidade, têm punido os profissionais que insistem no preconceito anticientífico. Segundo conclui o autor, esses Conselhos e a OMS estão dialogando e estabelecendo parcerias com as lideranças do movimento homossexual no enfrentamento mais orgânico desta epidemia.

A análise, a partir das reflexões dos entrevistados, quanto ao papel do movimento homossexual na epidemia de HIV/Aids e na constituição do diálogo com o Estado, revela aspectos importantes da trajetória da construção das políticas de prevenção das DST/HIV/Aids. Na medida em que os homossexuais formam um dos grupos sociais mais afetados pela epidemia, o movimento é apontado como o que mais se envolve na luta contra a Aids no Brasil. É destacada a trajetória de liderança do movimento na construção das respostas à Aids no país. Outro aspecto relevante do diálogo com o Estado é o seguinte: ao mesmo tempo em que a aproximação com este ocorria a partir da denúncia, das cobranças, da pressão social diante da emergência dos primeiros casos da doença, os grupos homossexuais

realizavam as primeiras ações em prevenção. É enfatizada também a caracterização do estigma sobre os homossexuais masculinos que subjaz aos primeiros registros da doença e o cenário no qual se insere o movimento homossexual, reagindo às discriminações e ao preconceito que associa homossexualidade e Aids.

Na constituição do diálogo com o Estado, através do Ministério da Saúde, as dificuldades foram muitas, aliadas à inexistência de políticas governamentais com as fragilidades do movimento homossexual, que, na época, apresentava poucas organizações constituídas. A criação de espaços formais para o diálogo, no âmbito da então coordenação nacional de DST/Aids, é referida como impulsionadora de um diálogo construtivo. Nessa perspectiva, seguem juntas a consolidação desse diálogo e a constituição e/ou fortalecimento de novas organizações comunitárias de promoção dos direitos humanos de homossexuais no país.

Nesse sentido, além dos aspectos referidos, os entrevistados revelam o papel mobilizador do movimento homossexual em torno das questões das homossexualidades e direitos humanos, de formar grupos, e de contribuir e/ou viabilizar o acesso aos homossexuais de algumas ações de prevenção empreendidas. Nessa direção, o movimento contribuiu para aproximar tanto saúde pública e direitos humanos, como pessoas marginalizadas do Estado. A influência do movimento homossexual é analisada como decisiva sobre a diminuição do crescimento da epidemia de HIV/Aids junto aos homossexuais masculinos.

Uma questão importante é a análise do diálogo entre o movimento homossexual e os gestores da saúde e das áreas de DST/Aids, e a relação entre os programas de prevenção das DST/Aids para homossexuais masculinos com o Sistema Único de Saúde. Nesse sentido, afirma Passarelli (2004):

[...] acredito que a primeira forma de diálogo se deu pela cobrança de ativistas *gays* por uma resposta governamental. Em seguida, num segundo momento, iniciou-se uma parceria, em nível nacional, dada a disponibilidade da então coordenadora do programa de Aids, desde 1986, Lair Guerra, de dialogar com as lideranças do movimento *gay*. Tal postura foi seguida nas gestões de Pedro Chequer, Paulo Teixeira e continua com Alexandre Grangeiro. No entanto, isto acabou por “desresponsabilizar” o governo e suas instituições públicas na área da Saúde e da Educação em realizar ações preventivas. A prevenção que o governo apoiava (e ainda apoia) é toda ela realizada pelo movimento social. Se isto tem a vantagem de estabelecer ações de prevenção entre pares e, desta forma, criar mensagens que efetivamente sejam entendidas pelo público-alvo, ao mesmo tempo em que estabelece políticas públicas calcadas no protagonismo dos grupos e sujeitos afetados pela epidemia, por outro lado tal atitude acabou por fazer com que os profissionais de saúde e da educação não se envolvessem de forma mais pró-ativa com as questões da prevenção primária da Aids (CARLOS PASSARELLI)¹⁰.

Conforme o entrevistado ressalta, embora o movimento homossexual tenha assumido para si a missão de realizar ações estruturadas de prevenção ao HIV/Aids, com o apoio do Ministério da Saúde, os profissionais de saúde e de educação não foram satisfatoriamente envolvidos com as políticas de prevenção primária ao HIV/Aids empreendidas pelo próprio Estado.

10 Psicólogo, então assessor de Projetos da Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids-ABIA, e durante o período de 1999 a 2001 foi o técnico responsável pelo subcomponente de Homens que fazem Sexo com Homens da Unidade de Prevenção da então Coordenação Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde (Entrevista concedida ao autor em fevereiro de 2004).

A relação entre movimento homossexual e governo, no nível federal, é apresentada como uma prática de diálogo comunicativo, no sentido habermasiano antes descrito. Em entrevista concedida ao autor, Lília Rossi¹¹, ao destacar a participação do movimento homossexual na constituição das políticas, afirma:

[...] Desde o início da sua trajetória, o Programa de DST/Aids incluiu a participação da sociedade civil organizada na discussão e definição das políticas públicas para o controle da epidemia do HIV/Aids. Com essa perspectiva [...] o movimento homossexual brasileiro vem, ao longo dos últimos anos, participando de processos governamentais que têm como objetivo definir políticas públicas, diretrizes e estratégias nacionais para a prevenção das DST/HIV/Aids voltadas ao segmento homossexual da população. [...] Movimento social e governo determinam e pactuam as formas para a operacionalização efetiva das estratégias nacionais que venham a traduzir as políticas públicas de prevenção das DST/HIV/Aids voltadas para esse grupo populacional.

Como observado, o reconhecimento, pelos gestores da área de DST/Aids entrevistados, da importância do papel do movimento homossexual no diálogo e na própria construção de políticas de prevenção das DST/HIV/Aids para homossexuais masculinos, passa a constituir, no percurso do diálogo e das parcerias estabelecidas, um fator de empoderamento para o movimento homossexual. E, com isso, reflete sobre a eficácia das ações desenvolvidas pelo movimento

11 Jornalista, então técnica da Unidade de Prevenção do Programa Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde, e durante o período de 2001 a 2003 foi responsável pelo subcomponente de Homens que fazem Sexo com Homens dessa Unidade (IDEM).

na área da prevenção dirigida aos homossexuais masculinos, no que se refere à vulnerabilidade destes diante das DST/HIV/Aids. O Estado “legítima” a ação comunitária e, de alguma maneira, esse cenário reforça as políticas de prevenção voltadas a esse grupo populacional.

Rossi ressalta, além desse papel técnico, o aspecto político dessa participação e as relações entre as políticas identitárias e as políticas de saúde:

[...] Paralelamente a esse papel técnico desempenhado pelo movimento homossexual junto ao governo, soma-se um outro de igual valor e importância: o reforço político às ações e diretrizes definidas pela esfera governamental. Tal atuação [...] é considerada fundamental e, também, uma consequência natural da articulação com o governo: esse apoio político torna-se factível na medida em que o movimento ocupa espaço de coautor na construção das políticas públicas de prevenção para homossexuais, podendo assim legitimar e apoiar as diretrizes governamentais traçadas nesse sentido, sem com isso perder autonomia em relação a sua identidade, natureza e, sobretudo [...] no controle social das políticas públicas para o HIV/Aids (LILIA ROSSI, em entrevista ao autor).

Nesse sentido, o papel de apoiar a construção de políticas é ressaltado como importante no diálogo entre movimento e Estado:

[...] se não fosse o movimento homossexual, dificilmente a gente teria como trabalhar com essa população, porque a própria política de saúde não contempla muito as ações dirigidas a esse grupo da população e os profissionais de saúde também [...] não têm muita habilidade em trabalhar com alguns grupos específicos. Está [...] envolvida aí a questão do preconceito, da história de vida dessas pessoas, da escola que não trabalha essas políticas, então o movimento homossexual tem tido um papel [...] de estar alavancando essas questões e

ajudando na construção dessas políticas.[...] Esse diálogo tem sido fácil, na medida em que a gente tem uma abertura para trabalhar com o movimento, e tem procurado de uma certa forma apoiar as solicitações do movimento, ao mesmo tempo em que tem recebido apoio [...] principalmente na implantação dessas políticas no interior (TELMA MARTINS).

Como exposto, as características da evolução do diálogo entre movimento homossexual e o gestor em DST/Aids, notadamente a partir da experiência com o nível federal, são destacadas como fundamentais para a efetivação do próprio diálogo:

[...] Hoje a gente vê que passa por uma construção e uma forma diferente de atuação do [...] movimento; naquela época a gente cobrava jogando pedra, cobrando assim, a coisa era pior, não tinha muito resposta. Hoje já usamos a capacidade política do movimento, a credibilidade, e aí isso tem mudado [...] a própria relação com o Estado e o município (ORLANEUDO LIMA)¹².

Questões em torno da representatividade e do caráter do diálogo em determinados momentos, entre o movimento homossexual e a então Coordenação Nacional de DST e Aids, nos levam a refletir sobre aspectos marcantes da abrangência do diálogo. Afirma o entrevistado:

Num terceiro momento, quando começou a haver mais recursos para a prevenção [...], o diálogo entre o movimento homossexual e o governo acabou por expressar as contradições existentes dentro do próprio movimento homossexual,

12 Então gestor em Saúde, presidente do Grupo de Resistência Asa Branca-GRAB, de Fortaleza, membro da Coordenação do Fórum de ONGs/Aids do Estado do Ceará e conselheiro do Conselho Estadual de Saúde (Entrevista concedida ao autor em fevereiro de 2004).

principalmente no que diz respeito às representações. Ou seja, nem todos os grupos se sentiam representados pelas lideranças que mantinham [...] diálogo com o governo, de modo que significativa parcela do movimento homossexual ficou alijada de um processo de discussão das políticas públicas voltadas para o setor. A esses [...] coube somente uma interface por meio dos projetos financiados pelo programa nacional, o que, por sua vez, reflete um tipo de diálogo totalmente burocratizado e muito pouco propositivo. [...] Entre 2000 e 2003, essa situação começa a se alterar, com a inclusão de novos grupos nos comitês e conselhos de discussão das políticas públicas, diminuindo a hegemonia daqueles grupos que transitavam com maior frequência nos corredores de Brasília e do programa nacional (CARLOS PASSARELLI).

O diálogo no nível local

Como evidenciado, a análise das entrevistas, com relação ao diálogo com os poderes públicos locais e no âmbito do SUS, remeteu a algumas importantes reflexões quanto à amplitude desse diálogo. Uma observação importante é a seguinte: o movimento homossexual, na construção da trajetória do diálogo com o nível federal, o Ministério da Saúde (Programa Nacional de DST e Aids), começa a discutir e a se apropriar das questões de inserção e da participação das ações de prevenção das DST/HIV/Aids junto a homossexuais masculinos, no âmbito do SUS, de forma tardia. Reflete, assim, sobre um desafio, no sentido da necessidade de maior capacitação sobre o SUS e controle social (legislação, mecanismos de monitoramento etc.), por parte do movimento. No Sistema Único de Saúde, é ressaltada a existência de tratamentos discriminatórios a homossexuais, inclusive na rede básica de saúde, com recusas no atendimento, a espelhar, ainda, a inexistência de um tratamento igualitário, não homofóbico, no SUS.

Mencionamos, também, campanha de “Prevenção para gays e outros Homens que fazem Sexo com Homens”, desenvolvida pelo Ministério da Saúde em parceria com o movimento homossexual, que aliou prevenção das DST/Aids com enfoque na questão do preconceito às homossexualidades, em 2002, e é referida como um marco no sentido da publicização de apoio (ou ao menos a não condenação) ao segmento homossexual como cidadão, no âmbito do Estado brasileiro.

Alguns gestores locais da saúde e da área de DST/Aids ainda têm resistências em reconhecer a relevância epidemiológica do segmento homossexual masculino para a epidemia de HIV/Aids e a urgência de se incluir os grupos como atores sociais das ações de prevenção e formulação de políticas na área.

O diálogo no nível local com os gestores da saúde e os gestores da área de DST/HIV/Aids, de maneira geral, é analisado como limitado e requer ampliação e consolidação. Nesse aspecto, a ausência de construção conjunta de ações e de destinação de recursos específicos é citada como denotativa da precariedade desse diálogo e do reflexo disso para a inserção das políticas de prevenção das DST/Aids para homossexuais masculinos nas esferas do Sistema Único de Saúde. Os atores governamentais locais analisados são as Secretarias Estaduais e Municipais da Saúde.

A inserção das ações de prevenção das DST/HIV/Aids dirigidas aos homossexuais masculinos no Sistema Único de Saúde está sendo realmente lenta. Sabemos que, ao contrário do governo federal, dificilmente os governos estaduais e municipais investem recursos próprios. A homofobia institucional faz com que eles, na maioria das situações, tenham dificuldade de lidar com o tema. O Programa Nacional de DST e Aids tem sido um grande líder atualmente no sentido de estar fazendo intermediação com vistas à melhoria

deste quadro. Embora veja que o movimento homossexual apoia o SUS, este não está investindo recursos próprios nesta população (TONI REIS).

Nesse aspecto, a instituição da nova modalidade de financiamento, de transferência de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, pelo Programa Nacional de DST/Aids, inicia, em 2003, a aplicação direta de recursos do próprio SUS com ações de prevenção das DST/HIV/Aids. Ainda assim, a aplicação de recursos em ações dirigidas a homossexuais masculinos encontra resistências por parte de alguns gestores locais da saúde, conforme destacam alguns entrevistados no tocante à vulnerabilidade dos homossexuais diante do HIV/Aids:

[...] vejo que o programa nacional de DST/Aids tem uma política clara de trabalho com a população específica de homossexuais. Não se pode dizer a mesma coisa dos estados e municípios de modo geral. No campo nacional, vejo que muito trabalho está sendo feito, mas ainda tem muito a fazer. Exemplos desta política nacional seriam a campanha para HSH [...], o apoio às paradas gays, as parcerias com redes como a ABGLT e a ANTRA :(Articulação Nacional de Transgêneros), no que diz respeito ao fortalecimento institucional e à intervenção comportamental (IDEM).

O diálogo no nível local é apontado como proporcionador de parcerias com resultados importantes sobre o enfrentamento da epidemia, como mostra uma entrevistada:

Falando diretamente, no âmbito da coordenação municipal, já há alguns anos, a gente vem trabalhando em parceria com ONGs que trabalham com esse público, e a gente obtém uma grande resposta. E isso eu sempre digo, se não tivésse-

mos essa parceria, nós não alcançaríamos o resultado que nós temos. Já existe realmente uma diminuição da epidemia dentro do grupo dos homossexuais. Eu atribuo essa diminuição ao trabalho realizado em parceria com esse movimento (ISABEL COELHO).

Contudo, o caráter acentuadamente assistencial do SUS é ressaltado como dificultador para a inserção das ações preventivas.

[...] as ações de prevenção dirigidas aos homossexuais ainda estão, em grande parte, nas mãos dos grupos gays, apoiadas e financiadas por meio de projetos com o nível federal, e com estados e municípios. No Sistema Único de Saúde, a mentalidade ainda é muito assistencial, e isto não é verdadeiro somente para a Aids [...]. A realização de uma campanha governamental, associando prevenção e preconceito e enfocando a questão homossexual, foi um passo importante no sentido de o governo manifestar o seu apoio (ou pelo menos a não condenação) com relação às práticas homossexuais, considerando esse segmento da população como cidadão (CARLOS PASSARELLI).

Em continuidade, Passarelli aponta alguns elementos para a reflexão acerca do sistema de saúde e sua relação com os homossexuais:

[...] Ainda é preciso avançar muito, para que as instituições públicas [...] passem a acolher os homossexuais e oferecer serviços que vão mais além do atendimento médico e da oferta de medicamentos (o que deve ser mantido, claro). Mas, [...] isto passa por uma reformulação do sistema de saúde pública, na medida em que a integralidade da atenção e da associação entre prevenção e assistência não sejam meros princípios gerais, mas ações concretas (IDEM).

O caráter assistencial do SUS é também enfatizado em detrimento de um processo inicial de inserção no sistema das ações de prevenção:

[...] ainda se observam [...] lacunas no que se refere à inserção das ações de prevenção das DST/HIV/Aids no Sistema Único de Saúde. Diferentemente das ações de assistência, tratamento e diagnóstico que se enquadram de forma efetiva no SUS, [as] ações de prevenção – devido as suas características e natureza – se encontram ainda num estágio inicial de implantação (LILIA ROSSI).

Rossi aponta algumas lacunas e problemas no caminho da descentralização das ações em DST/HIV/Aids e sua inserção no SUS:

[...] o pouco conhecimento sobre o perfil comportamental desse grupo, a articulação local ainda precária entre o movimento e a esfera governamental e as grandes dificuldades em superar barreiras culturais associadas à aceitação da diversidade sexual. [Por isso], intervir junto aos gestores locais de Saúde e de DST/Aids para auxiliar na superação de tais obstáculos e/ou dificuldades é parte do trabalho da esfera federal, visando que o processo de descentralização seja realmente efetivado (IDEM).

Nesse prisma, os gestores locais são apontados como atores sociais importantes para auxiliar na inclusão de um saber próprio [...] na constituição das políticas dirigidas aos homossexuais masculinos.

Sobre os gestores locais, acho que podem ser fundamentais, pois podem contribuir com a inclusão de um saber 'local' sobre determinadas homossexualidades, ou seja, sobre determi-

nados comportamentos, práticas e representações sexuais de uma determinada população (VERIANO TERTO JR.)¹³.

Os aspectos que envolvem o enfrentamento do processo de interiorização da epidemia de HIV/Aids e as ações realizadas por gestores governamentais são indicados como denunciadores de uma realidade ainda preocupante, como expõe o entrevistado:

[...] ainda há municípios onde não há nenhuma ação, e que muitas vezes só vem a se fazer algo quando se descobre que tem alguém soropositivo, aí se faz algo na área da assistência, mas realizam-se ações do tipo trazer a pessoa até a capital, Fortaleza, tirá-la do local. Então, eu acho que passado todo esse tempo, a assistência e a própria prevenção deveriam ter se ampliado muito mais, ainda tem municípios que não dão muita importância nem para a assistência, nem para a prevenção. Há uma lacuna muito grande (ORLANEUDO LIMA).

Nesse contexto, os aspectos que envolvem um olhar heterossexista sobre as políticas de prevenção das DST/HIV/Aids são levantados como relevantes na realidade de ações dirigidas a homossexuais masculinos em alguns municípios. Diz a entrevistada:

De uma forma geral, a gente poderia estar trabalhando mais essas políticas [...] com todos os grupos, sem fazer discriminação. A gente observa também que quando os planos de prevenção dos municípios são apresentados, muito pouco

13 Psicólogo, então coordenador-geral da Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids-ABIA e professor visitante do NPACS - Núcleo de Pesquisa do Corpo e da Saúde/Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Entrevista concedida ao autor em fevereiro de 2004).

vem direcionado a grupos de homossexuais [...]. Geralmente, os planos são apresentados dirigidos a escolas, a mulheres, a adolescentes, com os grupos que, para eles, os profissionais de saúde, são mais acessíveis. Então isso reflete bem a dificuldade que eles têm de trabalhar esses grupos, por não saberem como chegar a eles, ou, às vezes, por discriminarem mesmo (TELMA MARTINS).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção social da sexualidade revela as origens culturais da formação da homofobia no senso comum da sociedade brasileira.

Nesse sentido, vale a pena resgatar que as homossexualidades, no processo histórico de formação da sociedade brasileira, têm sido vinculadas a um estigma que situa as pessoas com orientação homossexual num patamar de preconceitos, discriminações e exclusões. Enquanto segmento populacional, com necessidades e direitos próprios, os homossexuais masculinos, nesse processo, salvaguardadas algumas iniciativas localizadas, estiveram inseridos num universo de invisibilidade, silêncio e omissão, ou, quando não, de pretensa discriminação pelas instituições do Estado brasileiro, e por significativa maioria da sociedade.

Diante de tal realidade, apontada pelas estatísticas disponíveis sobre a violência homofóbica, as variadas formas de exclusão denotam as desigualdades sociais provenientes do modo como o Estado e a sociedade lidam com o componente orientação sexual, ou seja, os homossexuais têm um acesso mais dificultado às políticas públicas nas áreas da saúde, educação, habitação, trabalho e geração de renda, lazer, cultura etc.

Ao percorrer a história do movimento homossexual brasileiro e suas relações com a epidemia de HIV/Aids no país, o período his-

tórico do início do movimento ocorre nas décadas de 1970 (segunda metade) e 1980.

Afetados de maneira direta, tendo sido um dos grupos populacionais com as maiores incidências de casos de Aids, no começo da epidemia, os homossexuais masculinos depararam-se com uma dupla situação: o adoecimento ou a perda de muitos amigos, amantes, companheiros, acompanhado de um forte estigma que relacionava homossexualidade, Aids e morte. Poderíamos relacionar o conceito de morte civil, desenvolvido por Daniel (1994, p. 22), quando ele reflete que

[...] emergem e revalorizam-se velhos preconceitos contra grupos já anteriormente marginalizados (principalmente os homossexuais) e, sobretudo, decretou-se a morte em vida do soropositivo e do doente. Antes da morte biológica, a morte civil, a pior forma de ostracismo que pode suportar um ser humano com o imaginário coletivo que, sem bases na realidade, associaram homossexualidade com soropositividade para o HIV e consequentemente com morte.

A morte civil poderia ser então de todo um grupo social, na medida em que seus estilos de vida, suas culturas, comportamentos sexuais e suas formas peculiares de socialização ensejavam uma condição patogênica, associada a uma “mortalidade anunciada”. Consoante a realidade aponta, nem a homossexualidade é condição para se contrair o HIV/Aids, muito menos as pessoas que vivem com HIV/Aids perdem (ou deveriam perder) seus direitos civis e sua capacidade de exercer a cidadania. Todo esse contexto era (e de alguma maneira ainda permanece sendo) reflexo de uma “síndrome do preconceito”, como definiu Daniel (1994).

A definição de “grupos de risco”, por profissionais da medicina, a qual orientou as primeiras políticas oficiais de combate à Aids,

não apenas provocou a não efetivação de políticas de prevenção nos demais grupos populacionais, como ocasionou estigmas com relação às populações enquadradas nessa definição, entre estas, os homossexuais. Tampouco contribuiu para a implantação de uma política pública de prevenção das DST/HIV/Aids direcionada aos homossexuais masculinos.

Assim, as ações do movimento homossexual e seus reflexos sobre as “comunidades” de homossexuais ressignificaram a epidemia de HIV/Aids, ao introduzir e/ou valorizar elementos e métodos norteadores de uma política de resposta comunitária à epidemia, como o sexo seguro, as oficinas de sexo seguro, a educação entre pares e a solidariedade. Tais elementos vêm posteriormente a ser incorporados e/ou valorizados nos trabalhos de prevenção das DST/HIV/Aids junto a outras populações, por organizações comunitárias e pelo Estado.

Referente aos atores sociais envolvidos com as políticas de prevenção junto aos homossexuais masculinos, como é possível afirmar, a política identitária enquanto fator de empoderamento individual e coletivo dos homossexuais vem compor uma estratégia de prevenção das DST/HIV/Aids junto a esse segmento da população. E o Estado (na esfera da política nacional de DST/Aids) incorpora essa estratégia mediante diálogo com o movimento homossexual.

É importante destacar: o enfrentamento da epidemia de HIV/Aids empodera os homossexuais na construção da cidadania, por meio da reação aos estigmas sobre as homossexualidades e do rompimento do silêncio (sobre as homossexualidades, nas políticas do Estado, e até em algumas políticas de direitos humanos, oficiais ou comunitárias).

O estudo mostrou que o movimento homossexual, ao realizar as primeiras ações de prevenção ao HIV/Aids, lança as bases do que viria a ser o movimento comunitário brasileiro de luta contra a Aids, do qual faz parte.

Essa trajetória não só aproxima o movimento de outros segmentos que passam a compor o movimento contra a Aids (ONGs/Aids, o movimento de mulheres, o movimento das trabalhadoras do sexo), como o situa, em muitas ocasiões, na articulação e organização das principais respostas comunitárias à Aids. Nessa direção, a atuação do movimento homossexual o aproxima também de outros setores da sociedade, que o reconheceria como protagonista de uma ação de “utilidade pública”, benéfica para todos, no enfrentamento da Aids (especialmente a prevenção), já que a luta pelos direitos civis dos homossexuais não seria tão facilmente identificada pela sociedade de uma forma geral, enquanto causa de interesse coletivo, mas corporativo, de um segmento estabelecido da sociedade.

A aproximação que a prevenção da Aids, protagonizada pelo movimento homossexual, provoca em si com relação ao Estado, ocorre num primeiro momento por via da cobrança, da pressão, da denúncia sobre a ausência de medidas governamentais eficazes; depois, num diálogo mais organizado, efetivo e produtivo.

No percurso do movimento homossexual, a prevenção da Aids é incorporada como uma prioridade, que segue paralela à conquista dos direitos civis e os encaminhamentos das demandas relativas às homossexualidades. Nessa perspectiva, algumas organizações homossexuais refletiram (muitas ainda o fazem) sobre uma certa incompatibilidade da luta pelos direitos civis dos homossexuais com a prevenção da Aids, pois associaria a Aids à homossexualidade.

Quando o conceito de “grupos de risco” passa a ser criticado pelo movimento social, daí, a ideia de “comportamento de risco” é introduzida, e, em seguida, os conceitos de vulnerabilidade e empoderamento começam a nortear as políticas em DST/HIV/Aids; a suscetibilidade dos homossexuais masculinos diante das DST/HIV/Aids enseja novas necessidades e políticas, no campo dos direitos,

das legislações, do trabalho, da educação etc. E novos desafios são postos para os trabalhos de prevenção da Aids, como aponta Ayres (2002, p. 17), ou seja:

[...] Definir contextos intersubjetivos geradores de vulnerabilidade e, de modo articulado, contextos intersubjetivos favoráveis à construção de respostas para a redução dessas vulnerabilidades constitui, no meu ponto de vista, um dos mais novos e decisivos desafios para a prevenção hoje.

Referente a esse aspecto, a pesquisa revelou – especialmente a partir da análise do material empírico – que a não integração efetiva das políticas de prevenção das DST/HIV/Aids para homossexuais masculinos no SUS a importantes ações empreendidas nessa direção contribui para uma ação limitada sobre a vulnerabilidade dos homossexuais diante do HIV/Aids. A inexistência de políticas governamentais de assistência social, previdência, trabalho, entre outras áreas, dirigidas aos homossexuais masculinos, ocasiona o não enfrentamento integral das vulnerabilidades desse grupo populacional perante o HIV/Aids.

Nessa reflexão, o movimento homossexual, por seu intenso envolvimento nas políticas de prevenção das DST/HIV/Aids, de maneira geral, não demanda ao Estado cobranças e pressões no mesmo grau de intensidade em que demanda especificidades da área de DST/HIV/Aids. Os grupos homossexuais, de maneira geral, estão bastante voltados para a prevenção da Aids e para a agenda construída com o Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de DST e Aids.

Nesse aspecto, as questões de violência estrutural, do próprio combate a esta, e do diagnóstico, reflexão e protagonização de respostas sociais quanto aos ajustes estruturais, determinados por or-

ganismos multilaterais adotados por sucessivos governos brasileiros, e seus impactos sobre a vida, os direitos civis e a saúde dos homossexuais, parecem requerer sua inclusão na agenda política do movimento homossexual brasileiro, a exemplo do que já ocorre com outros movimentos sociais. Como apontam Muñoz - Laboy, Vasquez del Aguila, e Parker (2003, p. 3).

[...] o efeito maior da globalização, na perspectiva da saúde, podemos conceituar como “violência estrutural” (FARMER, 1999a). Violência estrutural se refere aos efeitos que se produzem quando se entrecruzam pobreza extrema, exclusão laboral e exclusão social, tais como discriminação racial, étnica, de gênero e orientação sexual.

Quanto às relações entre políticas de prevenção das DST/HIV/Aids e o Sistema Único de Saúde, segundo o estudo analisou, as políticas de prevenção estão se incluindo formalmente no SUS, mediante ações como campanhas governamentais por atendimentos não homofóbicos no sistema de saúde, a empreitada da descentralização das ações em DST/HIV/Aids, com uma participação mais acentuada de Estados e municípios, e a observância de mecanismos que incluam instâncias de controle social, como os Conselhos de Saúde, nesse processo de descentralização. Essas ações contribuem para uma investida maior com vistas à inclusão dessa política no SUS, como também quanto à efetivação de um tratamento não homofóbico, igualitário, dirigido aos homossexuais masculinos, no sistema público de saúde, nas áreas da prevenção como de assistência.

Nessa direção, consoante a pesquisa revelou, os princípios do SUS – universalidade, integralidade e igualdade da assistência à saúde – não são cumpridos no que se refere à população de homossexuais masculinos. Os serviços públicos de saúde, de maneira ge-

ral, reproduzem o senso comum da homofobia, em suas prestações de serviços, e não há na rede pública de saúde uma estruturada atenção à saúde dos homossexuais, no tocante a suas necessidades específicas.

Como evidenciado, a política de prevenção das DST/HIV/Aids para os homossexuais masculinos do Ministério da Saúde constrói suas diretrizes, em grande medida, a partir do diálogo com o movimento homossexual brasileiro. Podemos dizer que há no Estado brasileiro uma atenção à questão das doenças sexualmente transmissíveis e Aids junto aos homossexuais masculinos, mas essa atenção à saúde se concentra na área de DST/Aids, mesmo que iniciativas (na maioria das vezes partem desse diálogo entre movimento homossexual e o Programa Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde) ocorram para ampliar essa atenção a outros campos da saúde.

A política de prevenção das DST/Aids para homossexuais masculinos, desenvolvida pelo Programa Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde, em parceria com o movimento homossexual e ONGs/Aids, quando reúne participação da comunidade, apoio a projetos comunitários, diálogo com gestores estaduais e municipais, fornecimento de insumos básicos (preservativos, gel lubrificante, material informativo-educativo etc.), além de campanhas educativas de massa, caracteriza uma política de saúde para esse segmento populacional, na área de DST/Aids, com reflexos importantes sobre a vulnerabilidade dos homossexuais quanto ao HIV/Aids.

Cabe ressaltar, porém: o impacto sobre a vulnerabilidade dos homossexuais se localiza diante de desafios como a ampliação da população acessada (as ações realizadas atendem um contingente bastante limitado de homossexuais masculinos, se considerarmos as estimativas oficiais), a integração com outras políticas sociais (que em geral inexistem) que contribuam para a redução de vulnerabilidade social desse grupo populacional e a realidade do número ainda sig-

nificativamente limitado de municípios onde se desenvolvem ações de prevenção das DST/HIV/Aids para homossexuais masculinos.

Nesse sentido, o diálogo entre o movimento homossexual e o Ministério da Saúde (Programa Nacional de DST e Aids) e a constituição de espaços formais para a concretização desse diálogo constitui uma estratégia paradigmática de construção de política de saúde, mesmo fazendo a ressalva de que esse diálogo só tenha se iniciado de maneira mais organizada na segunda metade da década de 1990, ou seja, quase quinze anos depois do começo da epidemia de HIV/Aids no país.

A pesquisa evidencia que esse diálogo se estabeleceu a partir de intensas críticas por parte do movimento social, com fortes tensões entre movimento homossexual e Estado, e cobranças do movimento quanto ao estabelecimento de uma política de prevenção dirigida a esse grupo populacional.

O diálogo analisado se investe de um caráter de diálogo comunicativo (HABERMAS, 1990), porquanto as ações planejadas e efetivadas têm a participação da sociedade civil, do cidadão, nesse caso, por meio do movimento homossexual, enquanto ator social do processo.

Urge a ampliação da política de prevenção das DST/HIV/Aids para homossexuais masculinos nos Estados e municípios. Para tal, é indispensável a construção sistemática de diálogo entre sociedade civil e governos, assim como a realização de maior ênfase às ações de prevenção junto aos estratos mais pauperizados dos homossexuais masculinos. Logo, a ampliação dessa política se apresenta como uma estratégia decisiva para a consolidação de uma política pública verdadeiramente nacional (com a participação das três esferas do Estado e sociedade civil) nessa área.

BIBLIOGRAFIA

ABGLT. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE GAYS, LÉSBICAS E TRAVESTIS. *Apresentação para oficina nacional do Projeto SOMOS*. Brasília, 2004.

----- . *Relatório final narrativo das atividades do XI Encontro Brasileiro de Gays, Lésbicas e Transgêneros*. Manaus, 2003.

ALTMAN, D. *Poder e comunidade: respostas organizacionais e culturais à AIDS*. Série História Social da AIDS. Rio de Janeiro: ABIA/IMS/UERJ/ Relume/Dumará, 1995.

AMATO NETO, V. ; PASTERNAK, J. *O HIV é a causa da AIDS*. (mimeo), São Paulo, 2001.

AYRES, J. R. C. M. et al. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. In: *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidade e poder*. Rio de Janeiro – São Paulo: IMS/UERJ, Editora 34, 1999.

----- . *Ao alcance dos olhos, longe das mãos: lições aprendidas e desafios na prevenção da AIDS* (mimeo). 2002.

----- . Repensando conceitos e práticas em saúde pública. *Anais do Seminário Prevenção à AIDS: limites e possibilidades na terceira década – aprimorando o debate: respostas sociais frente à AIDS*. Rio de Janeiro: ABIA, 2002.

BOURDIEU, P. *O Poder Simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

----- . Compreender. In: *A miséria do mundo*. Petrópolis/Rio de Janeiro: Vozes, 1989.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Bela vista e horizonte: estudos comportamentais e epidemiológicos entre homens que fazem sexo com homens*. Brasília, 2000 a.

----- . *Novos desafios da prevenção da epidemia pelo HIV/AIDS junto aos homens que fazem sexo com homens*. Programa de Cooperação Técnica Brasil/França. Seminário Anual. Brasília, 2002.

----- *Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/AIDS*. Brasília, 2000 b .

----- *Boletins epidemiológicos*. Brasília, 2001 - 2004

----- *Catálogo de organizações da sociedade civil – HIV & AIDS*. Brasília, 2003.

----- *Apresentação para oficina nacional do projeto SOMOS*. Brasília, 2004.

CADERNOS PELA VIDA. *Finalmente uma campanha dirigida aos gays*. São Paulo: Grupo Pela Vida, fev. 2002.

CÂMARA, C. *Cidadania e orientação sexual: a trajetória do grupo Triângulo Rosa*. Rio de Janeiro: Academia Avançada, 2002.

CEARÁ. SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ. *Boletim epidemiológico da AIDS*, n. 1. Fortaleza, 2001.

COSTA, J. F. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 1983.

----- Homoerotismo: a palavra e a coisa. In: *Ética e o espelho da cultura*. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.

DA MATTA, R. *Relativizando: uma introdução a Antropologia Social*. Rio de Janeiro: Rocco, 1987.

DANIEL, H. *Vida antes da morte*. Rio de Janeiro: ABIA, 1994.

FOUCAULT, M. *História da Sexualidade 1: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

----- *História da Sexualidade 2: o uso dos prazeres*. Rio de Janeiro: Graal, 2001.

GALVÃO, J. *AIDS no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia*. Rio de Janeiro: ABIA / Editora 34, 2000.

GOLDEMBERG, M. *A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais*. Rio de Janeiro: Record, 1997.

GONDIM, L. M. de P. (Org.). *Pesquisa em ciências sociais: o projeto da dissertação de Mestrado*. Fortaleza: EDUFC, 1999.

GRUPO RESISTÊNCIA ASA BRANCA. 12 anos construindo cidadania. *Jornal Construindo Cidadania*. Nº 01. Fortaleza: GRAB, 2001.

HABERMAS, J. *Pensamento pós-metafísico*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1990.
----- . *Teoría de la acción comunicativa*. Madrid: Taurus, 1988.

MANN, J.; TARANTOLA, D.; NETTER, T. (Orgs.). *A Aids no mundo*. Rio de Janeiro: ABIA/ IMS/UERJ/Relume/Dumará, 1993.

MACEDO, A.; PEDROSA, F. et al. *Ativismo e liderança: uma metodologia na luta contra a AIDS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

MAZULA, B. *A construção da democracia em África: o caso moçambicano*. Maputo: Sociedade Editorial Ndjira, 2000.

MINAYO, C.de S. M. *O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1996.

MOTT, L. *Violação dos direitos humanos e assassinato de homossexuais no Brasil*. Salvador: Editora Grupo Gay da Bahia, 2000.

----- . Sete teses (equivocadas ou acertadas?) sobre a AIDS no Brasil. *Comunicação apresentada no simpósio “O Impacto da AIDS no Brasil”*. Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, ago., 1990.

----- . Evolução da ideologia e posicionamento dos homossexuais face à transmissão do HIV/AIDS no Brasil. In: *Novos desafios da prevenção da epidemia pelo HIV/AIDS junto aos homens que fazem sexo com homens*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

----- . Homofobia cultural e prevenção do HIV/AIDS. Apresentação no *II Fórum Latino-Americano e do Caribe de DST/AIDS*. Cuba, nov. 2003.

MUÑOZ - LABOY, M.; VASQUEZ DEL AGUILA, E.; PARKER, R. Globalización, violencia estructural y salud: Algunos comentarios desde la inequidad, estigma social y discriminación. *Boletín electrónico del proyecto sexualidades, salud y derechos humanos en América Latina*. Nº 3, Año I, 2003.

PARKER, R. *Na contramão da AIDS: sexualidade, intervenção, política*. Rio de Janeiro: ABIA/Editora 34, 2000.

----- *Corpos, prazeres e paixões: a cultura sexual no Brasil contemporâneo*. Rio de Janeiro: Editora Bestseller, 1991.

----- *A construção da solidariedade: AIDS, sexualidade e política no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA/IMS/UERJ/Relume /Dumará, 1994.

PARKER, R.; GALVÃO, J.; BESSA, M. S. (Orgs.). *Saúde, desenvolvimento e política: respostas frente à AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA / Editora 34, 1999.

PASSARELLI, C. A. F. Haverá paradeiro para isto? In: *Novos desafios da prevenção da epidemia pelo HIV/AIDS junto aos homens que fazem sexo com homens*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

PEDROSA, F. et al. *Guia de prevenção das DST/AIDS e cidadania para homossexuais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

RELATÓRIO KINSEY, 1948.

SANTOS, B. de S. *Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade*. São Paulo: Cortez, 2001.

WATNEY, S. *Practices of freedom: selected writings on HIV/AIDS*. London: Rivers Oram Press, 1994.

WEEKS, J. AIDS: the intellectual agenda. In: AGGLETON, P.; HART, G.; DAVIES, P. (Eds.). *AIDS: social representations, social practices*. Great Britain: Falmer Press, p. 1-20, 1989.

O CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO CEARÁ NA DEFINIÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE: DISCURSOS E PRÁTICAS (1998-2000)

Maria de Fátima Piancó Nogueira Diógenes¹⁴

Liduína Farias Almeida da Costa

INTRODUÇÃO

Há certo consenso segundo o qual a construção da democracia brasileira no século XX, mais precisamente na década de 1980, constituiu a mais importante conquista do povo brasileiro. A possibilidade de uma nova prática democrática não limitada apenas às etapas de agregação política e de decisão, mas que envolvesse também um processo público de deliberação, se oficializou com a promulgação da Constituição de 1988. Esse é, portanto, o marco político que restabelece a relação entre Estado e sociedade, permitindo a criação de um espaço de interlocução e participação da sociedade na esfera pública.

Embora referenciando um “tipo ideal” de Estado democrático provedor universal e equânime de direitos sociais, a institucionalização da participação popular no Brasil inscreve, tanto no seu conteúdo quanto na sua forma, o estágio concreto da reforma de-

14 Maria de Fátima Piancó Nogueira Diógenes. Mestre em Políticas Públicas e Sociedade pela Universidade Estadual do Ceará, Especialista em Saúde Pública e Planejamento em Saúde, Especialista em Planejamento de Sistema de Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz. Graduada em Enfermagem e Administração. Tem experiência em ensino superior, integra o quadro funcional da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, e atuou como Secretária Executiva do Conselho Estadual de Saúde do Ceará.

mocrática do Estado brasileiro e, particularmente, as propostas dos setores mais comprometidos com ela.

Na área da saúde, as primeiras interlocuções dos movimentos populares com o Estado têm origem nos conselhos populares da zona leste de São Paulo. Depois, eles adquirem legitimidade na realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, sendo este o primeiro momento do fortalecimento da proposta do Sistema Único de Saúde (SUS). Na Constituição de 1988, o SUS ganha legalidade visto que a participação da comunidade passa a integrar o Art. 198 da referida Constituição, marco que inspira o advento dos conselhos de saúde na sociedade brasileira.

Há uma grande novidade embutida na criação dos conselhos gestores de políticas públicas, qual seja: os sujeitos sociais que até então estavam ausentes dos processos decisórios na gestão da “coisa pública” seriam chamados a interagir nesses espaços, dando-lhes movimento e dinamicidade.

Nesses espaços, a sociedade, por meio de seus representantes nos conselhos, opina, intervém e define sobre os gastos na saúde e, ao mesmo tempo, os direciona para o atendimento às necessidades e interesses da coletividade. Nos conselhos de saúde estão representados diferentes interesses que se confrontam, e vence a proposta dos setores mais articulados, detentores de maior poder de barganha.

Os já referidos conselhos são instituídos com base na iniciativa do poder executivo, o qual, mediante proposta legislativa, dá-lhes estrutura e forma. São constituídos por representantes do Estado e segmentos da sociedade organizada: prestadores de serviços de saúde, profissionais da área e usuários, cuja atribuição central é exercer o controle social sobre o SUS. Com a valorização desses espaços, muitas pesquisas são feitas sobre distintas experiências de gestão

fundamentadas nos princípios da democratização do Estado e da participação popular, notadamente nas esferas municipais.

A opção pela realização da pesquisa acerca do Conselho Estadual de Saúde do Ceará (CESAU), que deu origem ao presente capítulo, decorre da nossa afinidade com a temática e, sobretudo, pelo fato de não haver identificado outras pesquisas sobre o referido conselho, no período.

O desafio de estudar o CESAU nos conduziu a inúmeros questionamentos e, desse modo, à seguinte questão central: como se dão as relações de poder que se estabelecem na definição e na implementação da política de saúde no Ceará e quais atores estão envolvidos nesse processo.

Ademais, a compreensão do tema e da questão norteadora da pesquisa foi facilitada também pela fundamentação teórica em vários autores, destacando-se Foucault (1985, 1972), no qual encontramos suporte necessário ao entendimento do conceito de poder e suas relações nos processos decisórios. Encontramos sustentação teórica também em Habermas (1998,1997), Arendt (1997), Eibenschutz (1998) e Cohn (1996,1994, 2000, 2001), entre outros autores.

O percurso metodológico iniciou-se com a pesquisa documental, desenvolvida no CESAU. Procedemos à análise das atas das reuniões (no período compreendido entre janeiro de 1998 e dezembro de 2000), do Regimento Interno do CESAU, do Relatório de Gestão (período 1995/1998), e das Resoluções referentes ao período estudado. Esse momento foi fundamental para maior compreensão do órgão, pois possibilitou mais segurança no acompanhamento das discussões e na condução das entrevistas.

Quanto aos instrumentos utilizados na coleta de dados e informações destacam-se: a) a observação participante, junto aos conselheiros, por ocasião das discussões travadas durante as votações em

plenário (no período de fevereiro a julho de 2000) e o uso do diário de campo; b) as entrevistas, com doze conselheiros representantes de diferentes entidades e segmentos; c) contatos informais com outros atores, não conselheiros, mas participantes ativos da execução da política de saúde no período investigado, como servidores públicos estaduais e outros profissionais integrantes da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará.

Neste capítulo, refletimos acerca das relações de poder na dinâmica do CESAU e a política de saúde do Ceará, a partir das narrativas dos sujeitos pesquisados, suas vivências e experiências decorrentes da inserção no referido conselho. Procura-se identificar e analisar como se estabelecem as relações de poder entre os conselheiros, como deliberam sobre a política de saúde no Estado e quais as decisões mais importantes desse colegiado.

O CESAU NAS DELIBERAÇÕES DA POLÍTICA DE SAÚDE NO CEARÁ

Nesta seção nos reportamos a instâncias político-administrativas na área de saúde; analisamos a atuação dos conselheiros em plenárias, destacando influências de experiências passadas, seus saberes e interesses, como também evidenciamos determinados saberes e poderes que se entrelaçam, sobretudo nas ocasiões em que participam de processos decisórios.

Instâncias político-administrativas na área de saúde

A institucionalização do processo de reforma sanitária no Ceará ocorreu na forma de democracia participativa com base municipal: a descentralização territorial aliada à participação local na definição das prioridades e na fiscalização das instituições públicas foi considerada o pilar do modelo alternativo de saúde pública. Nes-

te âmbito, a municipalização dos serviços de saúde e a formação dos conselhos municipais de saúde foram as duas principais metas da reestruturação do novo modelo de atenção à saúde no Estado.

A transição da teoria para a prática foi, provavelmente, a força do poder de ação demonstrado pelo Movimento Sanitário no Ceará. Na concepção dos ativistas, a prática política seria a essência da viabilidade do projeto de reforma sanitária. O que caracterizou o movimento cearense foi sua busca obstinada de ações práticas. No estado do Ceará, o processo de construção do SUS foi deflagrado ainda em 1988, antes mesmo da promulgação da Constituição Federal, o que garantiu ao Estado a posição de líder nacional da implantação dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS).

Passados vários anos da implantação do SUS, ainda é recorrente nas entrevistas a crença de que a existência de uma legislação democrática é uma condição necessária à existência dos conselhos de saúde, mas não é suficiente para garantir a confirmação da mobilização popular nem o êxito do controle social do SUS.

Hoje, múltiplos já são os espaços públicos, institucionalizados ou não, de debate sobre a política de saúde. Entre os espaços institucionalizados, registra-se a existência das seguintes instâncias colegiadas: os conselhos de saúde e as conferências de saúde, ambos funcionando nas três esferas de governo (municipal, estadual e federal).

Além desses espaços previstos na legislação específica do SUS, existem outros que reúnem entidades organizadas na sociedade civil, na esfera nacional, regional ou local, cuja atuação tem objetivado a inclusão na agenda social brasileira da questão da saúde, como prioridade nas preocupações referentes ao desenvolvimento social do país. Destacamos, entre esses, o Fórum Nacional de Trabalhadores da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde, as Plenárias

de Conselhos de Saúde, os Fóruns em Defesa da Saúde Pública, além dos Encontros Nacionais de Conselheiros, realizados anualmente, os quais, ao reunir conselheiros nacionais, estaduais e municipais, funcionam como um fórum de capacitação e articulação política de conselheiros, na perspectiva de consolidação do controle social no SUS.

A atuação dos conselheiros: saberes e interesses

A configuração da composição inicial dos conselhos de saúde é discutida em conferência de saúde – este evento conta com a participação mais ampla possível da sociedade, e tem como pré-requisito o interesse pela questão da saúde, que, devido à sua maior amplitude e atuação esporádica, tem seus efeitos prolongados no tempo¹⁵.

Para a política de saúde, a formação do conselho de saúde é um momento de suma importância, visto possibilitar a devida contemplação da representação/representatividade do tecido social.

Ao analisarmos a atuação dos conselheiros de saúde e funcionamento do CESAU, lançamos mão de critérios como: assiduidade dos conselheiros, participação efetiva nas discussões, os que mais questionam e em que contextos, quais as decisões mais importantes, com maior repercussão na política de saúde do Estado.

Verificando a assiduidade, é notória a presença em plenário dos conselheiros representantes do segmento dos prestadores de serviços de saúde privados. Isso, em parte, pode ser creditado ao fato de estarem estes sempre atentos e atuantes em defesa dos interesses do setor privado, o qual, através dos seus serviços, complementa a rede

15 Sua função principal é a definição de diretrizes gerais da política de saúde, podendo compreender outros temas, como a definição de critérios para a composição dos conselhos. No processo de organização desse evento, deve-se garantir o pluralismo político, que tem como ponto de fundamental importância, para o êxito e a legitimidade, a estratégia de divulgação, desde o movimento inicial, até suas conclusões e recomendações.

assistencial do SUS. Estes estão constantemente em conflito com os conselheiros representantes do setor privado filantrópico (as Santas Casas de Misericórdia e outros), na busca por fazer prevalecer no SUS a necessidade de utilização destes serviços complementares, em detrimento da rede preferencialmente pública, seguida da filantrópica e por último da privada contratada, conforme determina a Lei n. 8.080 do SUS.

O setor dos prestadores de serviços de saúde – tanto o filantrópico, que detém hegemonicamente a precedência na ordem de inclusão na prestação de serviços, quando esgotada a capacidade do setor público estatal, quanto o privado contratado, por disporem ambos em iguais condições de uma rede de alta densidade tecnológica construída historicamente com recursos do governo federal na vigência do modelo médico assistencial privatista – estão sempre pressionando o gestor, quando da elaboração da Programação Pactuada Integrada (PPI), para incluírem todos os seus serviços. O setor prestador público estatal, ante a escassez de investimentos na área da assistência médico-hospitalar, necessitava recorrer a estes serviços complementares, para evitar que o sistema de saúde estadual entrasse em colapso em virtude da falta de atendimento.

Como observado, o absentéismo de alguns dos conselheiros do segmento do governo é preocupante porque tem sido frequente. É o caso dos representantes da Secretaria Estadual de Educação, da Associação dos Prefeitos do Estado do Ceará (APRECE), do Ministério da Saúde e, em menor grau, da representação “formal” (secretário e subsecretário) da Secretaria da Saúde do Estado. Eventualmente, no entanto, esta delega um membro da assessoria do gabinete para comparecer às reuniões. Porém, este, por não dispor do respaldo legal, nem da anuência do plenário, não pode conduzir e/ou votar as propostas apresentadas.

Ainda como verificamos, por meio de representação, as entidades estaduais dos odontólogos, enfermeiros, médicos e demais profissionais de saúde de nível superior são sempre as mais assíduas e combativas. À exceção dos profissionais farmacêuticos, que ocupam a vaga de suplente na representação das entidades estaduais de outros profissionais de saúde de nível superior e eventualmente comparecem.

Ressaltamos também a participação e a assiduidade dos representantes dos profissionais de nível médio da área da saúde, incluindo-se aí a representação da Associação dos Servidores de Nível Médio e Elementar, titular e suplente, e o Sindicato dos Técnicos de Segurança do Trabalho. Estas categorias estão sempre presentes e são muito participativas na defesa da implementação do SUS na sua totalidade.

Quanto ao segmento dos usuários, são constantes as ausências, assim como as dos representantes da Assembleia Legislativa do Ceará, da Federação das Associações do Comércio e Indústrias do Ceará e do Conselheiro Municipal de Saúde do Município de Médio Porte (CMSMP). Com isso é estabelecida uma espécie de vácuo no contexto geral da participação desses setores nas deliberações das políticas de saúde no Estado do Ceará.

O CESAU, no cenário das grandes decisões sobre a política de saúde, que envolve decisões do poder legislativo federal, tem estado sempre à frente, dando sua contribuição. Seja no sentido de mobilizar forças convergentes e divergentes, que se somam para garantir a aprovação de proposições de interesse nacional na área da saúde, seja em questões circunscritas à sua área de atuação. Para exemplificar, reportamo-nos à questão das propostas relacionadas ao financiamento do SUS, a grande luta com vistas à aprovação da

PEC/169, que resultou na Emenda Constitucional n. 29¹⁶, tendo a mobilização expressiva do CESAU.

Na Constituição de 1988, conforme ficou estabelecido, o financiamento da Previdência Social, da Assistência Social e da Saúde seria através do orçamento da Seguridade Social. No entanto, não foi definido qual seria o percentual da saúde, nesse contexto, dependendo da aprovação de uma lei complementar específica.

A indefinição no financiamento do SUS provocou um movimento no campo parlamentar, que deu origem à apresentação de uma proposta de emenda constitucional, de autoria do então deputado federal Eduardo Jorge, a qual previa alocação de recursos no total de 30% do orçamento da Seguridade Social e 10% das receitas fiscais da União, Estados e municípios para implementação do SUS.

A tramitação dessa proposta aglutinou os integrantes do remanescente Movimento da Reforma Sanitária, ampliado com a participação dos conselhos de saúde, em plenárias nacionais, ocorridas em 1996. Sugeriu-se, na ocasião, a mobilização geral de todos os segmentos da sociedade em defesa do SUS, então em crise financeira.

Em 1997, na Segunda Plenária Nacional de Conselheiros, o apoio à aprovação da PEC/169 foi decisivo, porque reforçou o movimento com a realização de atos públicos, manifestações nos Estados, elaboração de abaixo-assinados e moções oriundas de todos os conselhos de saúde do país, das câmaras municipais, das assembleias legislativas, dirigidas ao presidente do Congresso Nacional. O sentido era pressioná-lo para que fosse votada e aprovada, na íntegra, a proposta apresentada em plenário.

Após um prolongado período de tramitação no congresso, a PEC/169 sofreu alterações que resultaram na emenda constitucio-

16 Aprovada no final do ano 2000, estabelece claramente a responsabilidade das três esferas de governo pelo financiamento do SUS.

nal nº 29, que definiu os percentuais mínimos de destinação dos recursos orçamentários para o setor saúde. A aplicação dos valores percentuais correspondentes aos recursos das receitas fiscais oriundas dos Estados e dos municípios seria alocada e aplicada gradativamente, até atingir, em 2004, o teto máximo de 12% para os Estados e 15% para os municípios. Contudo, o percentual de participação da União somente seria definido posteriormente em lei complementar.

Para acompanhar passo a passo a implementação dessas reformas, estabeleceram-se os instrumentos adequados, ou seja: os Planos de Saúde e os Relatórios de Gestão com os respectivos planos de aplicação dos recursos. Os gestores municipais e estaduais devem apresentar anualmente aos seus respectivos conselhos esses documentos, para serem discutidos, analisados e aprovados (ou não), com ou sem restrições. Em seguida, o conselho emite uma resolução que formaliza aquela decisão.

Ao tomarmos como exemplo de exercício de controle público no SUS/CE a análise dos relatórios de gestão anos 1995/1998, pelo CESAU, verificamos posicionamentos favoráveis à não aprovação do seu conteúdo. Tal fato retardou a apreciação final.

A plenária deliberou pela discussão dos vários programas e projetos nele relatados, envolvendo os gerentes das áreas e os conselheiros, com vistas a interpretar e avaliar as metas realizadas com relação às metas previstas. Essas discussões também se estenderam na avaliação das metas orçamentárias previstas e executadas. Destacamos a preocupação do conselho em referência para a inconsistência dos dados apresentados e para a quantidade das metas realizadas pela SESA, por estarem abaixo das que foram programadas.

Várias críticas foram dirigidas às metas de grande repercussão no controle social, como as relacionadas aos acidentes de trânsito,

as quais não foram executadas, a demonstrar a não promoção de campanhas preventivas nessa área.

Os conselheiros enfatizaram alguns pontos essenciais quanto a essa apreciação, e sobre o papel do Relatório de Gestão. Uma conselheira realça: “É importante, pois é a primeira vez que o relatório de gestão está sendo apresentado” (ENTREVISTA CONSELHEIRA - PROFISSIONAL DE SAÚDE).

A comissão instituída para analisar o relatório em tela decidiu pelos seguintes encaminhamentos: chamar o grupo da epidemiologia, que apresentou uma série de correções em alguns aspectos do relatório, e a inclusão de outros itens não mencionados pela equipe que o elaborou. Outro encaminhamento do grupo foi a convocação da coordenação do Programa de Saúde da Família (PSF), considerando os anos de funcionamento dessa estratégia. A conclusão foi a seguinte: o Estado falhou ao deixar de repassar uma série de informações nesse âmbito, como índices de mortalidade infantil, mortalidade materna e outros.

Outro ponto questionado foi a abordagem dada às doenças crônico-degenerativas no quadro referente à mortalidade. Diante da situação, o CESAU convocou a direção do Centro de Diabetes e Hipertensão e do Instituto de Prevenção do Câncer para que os dados relativos à exposição de risco e morbidade dessa população pudessem ser apreciados e analisados no parecer do conselho.

Conforme um conselheiro, representante dos profissionais de saúde do nível médio, destacou sobre a história do CESAU no relatório de gestão referido, “o que consta é muito pouco, pois não se mencionam muitas das atividades realizadas: posse de conselhos, treinamentos de capacitação, supervisões, conferências etc.” Foi sugerido, então, que o relatório fosse submetido à aprovação noutra reunião extraordinária.

Embora com restrições, o plenário do conselho aprovou o parecer da comissão responsável pela elaboração do primeiro Relatório de Gestão do SUS-Ceará, referente ao exercício de 1995 a 1998, segundo consta na Ata da 126ª reunião ordinária do CESAU. Essas restrições eram relacionadas à periodicidade na apresentação, que deveria ser anual, bem como ao vácuo de informações descritivas e analíticas do processo de desenvolvimento do SUS/CE.

O plenário deliberou sobre o conteúdo e periodicidade (anual) do relatório de gestão. Quanto ao conteúdo, o relatório deveria contemplar os seguintes componentes: programação e execução físico-financeira do orçamento dos projetos, dos planos e das atividades; comprovação dos resultados das metas alcançadas na execução do plano de saúde do Estado; demonstrativo do quantitativo de recursos financeiros próprios, aplicados no setor saúde, bem como das transferências federais, recebidas de outras instâncias do SUS.

Foram também analisados pelo conselho em discussão os documentos adicionais, que propiciaram avaliação periódica do estado de saúde da população atendida pelo SUS, bem como o reconhecimento das diretrizes de reorganização da atenção e dos serviços no SUS/Ceará (ATA DA 126ª REUNIÃO DO CESAU).

É importante destacar: para o aperfeiçoamento e a implementação do SUS, são estabelecidas e regulamentadas as Normas Operacionais Básicas do SUS (NOB/SUS), que fornecem os mecanismos de Gestão Operacional no sistema público de saúde. Além de atuarem como instrumentos reguladores dos parâmetros utilizados para a organização dos níveis de gestão, nas três esferas de governo, as normas orientam outras providências, conforme a seguir: a NOB/SUS no. 01/91 orientou a alocação de recursos ambulatoriais e hospitalares que antes da Constituição de 1988 estiveram totalmente sob a responsabilidade do Instituto Nacional de Assistência Médica

da Previdência Social (INAMPS); a NOB/SUS nº 01/93 classificou os níveis de gestão do sistema (incipiente, parcial, semiplena e plena) e definiu os critérios que deveriam ser seguidos para cada nível de gestão a ser pleiteado. Ao analisar o processo de habilitação do Ceará, segundo observamos, no primeiro momento, o Estado foi habilitado em gestão semiplena, quando a NOB/93 não fazia nenhuma exigência com relação ao número de municípios habilitados. No entanto, com o advento da NOB/96, e já na vigência desta, não foi mais permitida a habilitação do Estado sem a devida comprovação do número de municípios habilitados e da população coberta, como também a garantia de que 50% do teto financeiro da assistência estivessem comprometidos no repasse automático de fundo a fundo.

Para o pleito da gestão plena do sistema, eram exigidos os seguintes requisitos: comprovação e funcionamento do CESAU (Lei de Criação e cópias das atas); comprovação do funcionamento da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) como o ato legal e as atas; comprovação da operacionalização do Fundo Estadual de Saúde (lei e extratos bancários); comprovação da existência da gestão na atenção ambulatorial e hospitalar dos municípios habilitados; comprovação da estruturação do componente estadual do Sistema Nacional de Auditoria; comprovação da capacidade técnico-administrativa da SESA; comprovação da dotação orçamentária do exercício anterior do próprio Tesouro do Estado; comprovação do funcionamento da vigilância sanitária; comprovação da implementação da PPI; comprovação da operacionalização e dos mecanismos com relação ao controle de procedimentos; disposição de 80% de municípios habilitados na condição da gestão, segundo a NOB/96; solicitação do pleito pelo gestor ao Conselho Estadual de Saúde.

A apreciação do pleito e da documentação solicitando a habilitação do Estado do Ceará, na gestão plena do sistema, foi alvo de al-

guns questionamentos, quando da sua análise no plenário do CESAU. Os conselheiros assim se posicionaram, como registramos a seguir¹⁷:

A conselheira representante dos profissionais de saúde de nível superior “indaga quando foi criada a auditoria? E opinou que do ponto de vista da comprovação de documentação legal dá para conceder, mas que o CESAU ao emitir um parecer, tem que ser em cima de uma leitura prévia, pois o CESAU é um espaço plural e que precisa fazer o entendimento, para emitir o parecer e a aprovação. Diz que está documentado, mas não está visto e enfatiza dizendo que há várias instituições que estão participando pela primeira vez da reunião. O Presidente do CESAU e Gestor estadual referiu que “entende que os conselheiros são novatos”, mas que a função do CESAU não é analisar cada documento, porque ele e outros assessores têm condições de responder e esclarecer aos conselheiros novos. A conselheira representante dos profissionais de nível médio “referiu que tem alguns pontos que a preocupam”: os planos municipais de saúde são elaborados por conselheiros e técnicos juntos e por assessores que são contratados. Outra preocupação é a de saber o que está aprovando, pois os profissionais da SESA não têm conhecimento do que está acontecendo e que hoje foram pegos de surpresa com a pauta da reunião. Uma conselheira representante dos usuários “diz que conhece algumas coisas de políticas de saúde, mas não domina tudo, indaga se ao fazer a habilitação do Estado, o que muda na política dos Programas de atenção à saúde e nas políticas de saúde do Estado”. “Cita que o CESAU, é um fórum político que carece de algumas informações para se posicionar. A sua preocupação é no sentido de que quando vierem documentos densos, seja fornecido um resumo destes, para com-

17 Ata da 134ª Reunião Ordinária do CESAU, transcrita conforme documento original.

prender o mecanismo e alterações do que isso significa”. A técnica da Secretaria de Saúde do Estado, responsável pela célula de planejamento em saúde, respondeu dizendo que a habilitação do Estado é um ato de reconhecimento da capacidade técnica administrativa do Estado de assumir responsabilidade de gestão que se dá na área de planejamento, controle e avaliação, Epidemiologia, vigilância sanitária e assistência farmacêutica. E que a responsabilidade de gestão é do Estado, que dispõe de estrutura, cujo objetivo maior é garantir a coordenação de um conjunto de ações e serviços que vão resultar, dentro do setor saúde, em uma melhoria da assistência prestada à população. O ganho do Estado do Ceará é o reconhecimento de que trabalhou um processo de mobilização, que incentivou os municípios a se organizarem para assumirem a responsabilidade da gestão. A conselheira representante dos prestadores dos serviços filantrópicos ressaltou a importância do pleito e disse que o momento era oportuno e havia a necessidade de se aprovar a habilitação do Estado na Gestão Plena do Sistema, propõe que o assunto seja votado. É posto em votação a proposição, sendo aprovado por unanimidade dos conselheiros presentes.

Observamos, com relação à habilitação do Ceará em gestão plena, a formação de três grupos de posicionamentos: um contestador (representado pelas profissões de saúde, dos níveis superior e médio); um desconhecedor (representado pela conselheira usuária); um mantenedor (representado pelo gestor, pela técnica do governo e pela conselheira dos serviços filantrópicos). Fica clara a posição do representante do governo em induzir os demais conselheiros a concordar com o documento, desconsiderando as falhas. Ele foi bem-sucedido em sua “missão”, já que o documento foi aprovado por unanimidade.

Outra decisão importante que tramitou no plenário do conselho em referência foi a aprovação da Resolução nº 01/99, que definiu os parâmetros e critérios para estabelecer a Programação Pactuada Integrada para o ano de 1999. Houve alguns esclarecimentos feitos pela técnica em planejamento em saúde da SESA, que informou estar trazendo ao CESAU a continuidade da discussão, no tocante ao desenvolvimento do processo de planejamento em saúde no Estado¹⁸.

[...] Ressalta que a programação deverá ser elaborada com base nas necessidades da população e na capacidade real de oferta de serviços prestados no âmbito do sistema municipal, como 1ª instância, no nível microrregional na 2ª instância e nível macrorregional na 3ª instância. Explica que a necessidade da população é muito difícil de ser identificada por parte dos gestores, sendo um dos critérios que o nível federal utiliza é a série histórica de produção. A SESA consolidará as programações municipais, incorporando os procedimentos sob a sua responsabilidade direta. Informa ainda que os procedimentos ambulatoriais de alto custo ficarão sob a responsabilidade da Secretaria de Saúde do Estado. Os tratamentos como diálise, radioterapia, quimioterapia, medicina nuclear e outros serão executados pelas unidades de referência. O representante da Assembleia Legislativa no CESAU indagou se já vinha funcionando assim. A referência técnica informou que funciona dessa forma desde o ano de 1991. Concluiu dizendo que são essas as propostas que está colocando para o conselho e que o CESAU terá que decidir se aprova ou não as metas propostas na PPI/99. O conselheiro representante dos prestadores de serviços privados ressaltou a importância de se colocar em prática tudo que estava sendo proposto e recomendava que a estratégia do Programa de Saúde da Família fosse ampliada para to-

18 Ata da 122ª Reunião Ordinária do CESAU, transcrita conforme documento original.

dos os municípios do estado e que houvesse mais supervisão sobre este. O representante dos profissionais de saúde do nível superior questionou a respeito dos procedimentos de alto-custo, que deveriam ficar sendo contratados pelos municípios e não pelo Estado, porque correria o risco de amanhã o próprio Estado resolver privatizá-los, para atender às clínicas particulares que reivindicassem. O representante do segmento dos usuários a favor da proposta recomendou que a PPI deveria ser aprovada. Pois reconhecia a sua forma normatizadora dos princípios e diretrizes para a política de reorganização da atenção e dos serviços de saúde no Estado.

Após ser discutida e analisada por uma das comissões técnicas do conselho, a proposta foi levada ao plenário, onde foi votada e aprovada por unanimidade.

Saberes e poderes que se entrelaçam

É interessante observarmos certas reservas ao ideal do controle social no SUS. Os técnicos e conselheiros do CESAU reconhecem que a existência jurídica dos conselhos de saúde não é uma confirmação da mobilização popular nem do êxito do controle social no SUS. Segundo expressam as entrevistas, décadas de regimes autoritários e séculos de subserviência do “homem comum” às oligarquias locais esvaziaram a sociedade brasileira da reação crítica e da auto-organização política.

No contexto dos conselheiros, determinados relatos se referem à origem socioeconômica, às experiências vividas nos movimentos sociais, em que estes indivíduos foram agentes das ações e não apenas participantes oriundos e/ou motivados por outros organismos do Estado.

Nas falas ou nos silêncios dos conselheiros usuários, consoante percebemos, muitas coisas ainda não estão devidamente claras ou bem

compreendidas, dentro dos espaços em que se movimentam; a experiência no processo de participação popular para uns ainda é insuficiente.

Alguns dos conselheiros usuários consideram ainda muito incipiente todo esse movimento ligado ao exercício do controle social no SUS, porém consideram também que no convívio com os demais é possível incorporar elementos novos, os quais vão ajudar no acaloramento das discussões e na sustentação das decisões.

Recorrente, nas entrevistas, é a crença de que a existência de uma legislação democrática é uma condição necessária, mas não suficiente, para contestar o domínio político das oligarquias. A luta intuitiva pelos direitos sociais continua insuficiente para garantir os resultados concretos esperados do engajamento cívico. A esse respeito, um conselheiro comenta:

A gente não pode encher a boca nessa questão da participação popular, porque, realmente, o processo de solicitação de participação foi muito intenso na nossa gestão. Mas isso não pode ser tomado como sinônimo de que se instalou o grande processo de participação no setor de saúde no Ceará. Quer dizer, isso deve levar em conta o primarismo das organizações populares, a forma ainda elementar com que elas acontecem, despreparadas para o poder. Ao participarem, terem algo mais do que só a sua intuição, só a intuição não vai adiantar (ENTREVISTA CONSELHEIRO - REPRESENTANTE DO GOVERNO).

A nosso ver, as mudanças não ocorrem de modo imediato. Entretanto, observamos gradativa diminuição nos processos de manipulação nos conselhos de saúde pelos gestores. Os próprios conselheiros que já participaram de várias oficinas de capacitação reconhecem esse fato e já se acham mais cômicos das suas atribui-

ções, não aceitando qualquer tipo de cooptação pessoal sobre o seu posicionamento nas decisões a serem tomadas.

Como evidenciado, o plenário do CESAU pode ser considerado como cenário de grandes decisões: os diferentes atores ali se relacionam entre si e produzem algo de significativo para a implementação das políticas de saúde em nosso Estado. Pelas falas dos conselheiros tentamos identificar como interagem os personagens dessa história.

Mediante a vivência, o conhecimento e a relação com a realidade, os conselheiros têm visões e opiniões distintas. Se não chegam a um consenso, certamente os argumentos dos “mais articulados” não conseguem convencer os demais. Sem dúvida é porque os conhecimentos incorporados ao longo das histórias individuais podem se traduzir em bagagens e opiniões bem distintas daquelas professadas pelos membros mais escolarizados.

Não obstante tais opiniões, em determinados instantes elas podem ser interpretadas como mais sábias, pois apenas não interagem com os interesses daquele momento. Nas palavras de Bonfleur (1997, p. 17), “em interações [...] sempre estão implicados saberes que se veiculam ou se confrontam”. Assim, conforme o autor, “uma decisão política ou administrativa resulta de uma interação em que algo acaba valendo como um saber”.

O dimensionamento atribuído aos conhecimentos técnicos necessários a uma melhor compreensão a respeito da importância dos conselhos está expresso no interesse constante na realização de oficinas de capacitação sobre temas como a legislação básica do SUS: financiamento, controle público, normas operacionais, papel dos conselheiros etc. Consoante observado, a capacitação propicia aos membros do conselho momentos específicos de informações sobre a legislação do SUS e o controle público.

Em alguns conselheiros, principalmente dentre os profissionais de saúde e representantes de entidades prestadores de serviços de saúde, existe uma tendência de reforçarem a necessidade e a importância dessas oficinas, desconsiderando às vezes o processo de aprendizagem que se efetiva no dia a dia das discussões do próprio conselho, as experiências de vida de cada um, os saberes já apropriados. É notória a importância atribuída pelos conselheiros aos saberes adquiridos e reelaborados a partir das vivências cotidianas no CESAU, como mostra o depoimento a seguir:

É bem verdade que a minha experiência como presidente da Associação dos Hospitais do Estado do Ceará, e vice-presidente do sindicato dos Estabelecimentos de Saúde do Ceará, aliada à experiência profissional, e à luta que nós vimos desenvolvendo há 30 anos, com as modificações que o quadro de saúde do país atravessou desde o IAPAS até INAMPS e por fim, com criação do SUDS e depois do SUS, isso trouxe uma experiência significativa para mim. Já tive condições de participar de cursos, oficinas, congressos e outros tipos de treinamentos do CESAU, enfim, foi uma experiência muito válida como conselheiro. Então hoje nós estamos colhendo os frutos dessa experimentação (ENTREVISTA CONSELHEIRO - PRESTADOR DE SERVIÇO DE SAÚDE).

A fala do conselheiro certamente enfatiza a importância do saber da experiência de vida. Talvez por perceber o caráter político do conselho, e pela necessidade de valorizar um saber adquirido em tantos anos de luta, muitas vezes secundarizado nas discussões sobre a política de saúde.

Entretanto, as relações de poder tecidas nas interações intersubjetivas que se processam no interior do conselho tendem a demarcar fronteiras entre os segmentos detentores de maior conheci-

mento técnico. De um lado encontram-se prestadores de serviços de saúde e profissionais de nível superior que se percebem como hegemônicos; de outro, os usuários e profissionais de nível médio, os quais, mesmo vivenciando a problemática de saúde no seu fazer cotidiano, não se sentem “competentes” o suficiente para exercer o seu papel de conselheiro, segundo exemplificado a seguir.

[...] porque o CESAU é um órgão deliberativo, ele tem que, dentro da sua instância [...] dá condições ao seu colegiado, para que ele possa discutir de igual para igual essas questões. Eu não falo nem da questão de nível acadêmico. Eu falo da questão da falta de respeito [...] que as pessoas têm aqui. Todos nós temos um conhecimento, independente de ter ido para um banco de faculdade. Ele tem uma contribuição a dar. O conselheiro que faz aqui, nesse colegiado, uma história de vida, sai daqui uma pessoa totalmente diferente de quando ela entrou (ENTREVISTA CONSELHEIRA – PROFISSIONAL DE SAÚDE DE NÍVEL MÉDIO).

Como afirma Lopes (1995), todos estão sempre aprendendo nessas relações e podem de acordo com seus interesses reelaborarem esse saber, pois a aprendizagem enquanto processo de mão dupla envolve saberes mútuos, constituindo-se um campo de força, de possibilidades e limites de sujeitos em confronto.

A construção do saber, para Marques (1998), não pode ser dissociada da construção dos sujeitos e dos objetos do saber, pois, no processo histórico do conhecimento, sujeito e objeto constroem-se em reciprocidade dialética.

Deste modo não se deve desconsiderar as disputas pelo saber expressas na ação e interação dos sujeitos políticos atuantes do CESAU, principalmente a tendência à hierarquização de conhecimen-

tos que acabam por desqualificar os saberes históricos com relação aos saberes técnicos e científicos. Afirma um conselheiro:

Eu já tinha uma visão de saúde pública quando vim para o CESAU, porque, na unidade de saúde onde trabalhava, recebia sempre informações sobre o SUS. Depois que comecei a participar das conferências e dos treinamentos de capacitação de conselheiros, foi que tive mais clareza do meu papel de conselheiro. Na faculdade, a gente quase não discutia as políticas de saúde, nós só pensávamos mais nas doenças. Depois disto passei a realizar um trabalho mais voltado para o esclarecimento das pessoas que procuram a unidade de saúde, mostrando-lhes quais são os serviços oferecidos e como participar do dia a dia daquela unidade (ENTREVISTA CONSELHEIRO – PROFISSIONAL DE SAÚDE DE NÍVEL SUPERIOR).

As afirmativas do conselheiro, como a ora expressa, nos remetem às formulações de Foucault (1979, p.171), para quem o saber histórico é o saber das lutas, das memórias locais descontínuas, das situações singulares:

[...] saber das pessoas e que não é de forma alguma um saber comum, um bom senso, mas, ao contrário, um saber particular, racional, local, um saber diferencial incapaz de unanimidade e que só deve sua força à dimensão que o opõe a todos aqueles que o circundam que realizam crítica.

A probabilidade da permissão ao discurso dos sujeitos reais revigora as forças dos movimentos organizados na perspectiva de configuração de uma nova sociedade. Considerando que nos anos da ditadura militar, quando o encontro entre duas pessoas, mesmo sussurrando, era censurado, a simples condição atual de participar

dos conselhos de saúde já representa um avanço significativo no campo de desconstrução da teia da dominação das redes de relações e da vida social.

Para Habermas (1998), as falas dos sujeitos precisam ser garantidas democraticamente, a fim de que a interação seja plena. Entretanto, segundo o depoimento a seguir, não seria este o tipo de interação verificado mais frequentemente no CESAU:

O que eu vejo aqui no Conselho Estadual de Saúde é uma questão muito séria. [...] é muito presa a 3 ou 5 conselheiros. Não admito que um conselheiro permaneça, principalmente no Conselho Estadual de Saúde, mais de 10 anos, como aqui existe. É quase um emprego. Então a pessoa se acha dono do nariz. Eu acho que um conselheiro tem que ter no máximo dois mandatos. Então isso gera um ato de ciúme, gera uma espécie que só quem fala é 3 ou 4 pessoas. Eu acho, no meu ponto de vista, principalmente a gente, quando quer, tem oportunidade. As pessoas, por eu não ter tido assim mais estudo, mais informação, até às vezes a gente somos criticados, porque não sabemos falar, não sabemos fazer reivindicações. Mas isso é um problema de cada um, eu acredito que cada proposta, que cada reivindicação por ela, por mais ignorante que for, ela é aceita. Meu ponto de vista é esse. Pelo pouco conhecimento que eu tenho do Conselho Estadual de Saúde, tem dado um avanço muito grande de informação, de conhecimento e de capacitação (ENTREVISTA CONSELHEIRO – USUÁRIO DO SUS).

Este relato enfatiza a importância do “saber-experiência” aliado ao “saber-instrução”. Por se tratar de uma política setorial no universo das políticas sociais públicas, no caso, a de saúde, que ainda traz consigo a herança cultural da sua relação com a doença, as posições do conselho mantêm um vínculo muito forte com os sabe-

res médicos. Desse modo, dificultam a ampliação do debate sobre os seus aspectos políticos, no interior do conselho, e até mesmo nos departamentos de saúde e outros órgãos.

Entretanto, o pensamento expresso na fala da conselheira usuária permite uma visão prospectiva do significado da participação no conselho:

Está havendo mais abertura para outras pessoas, que não são médicos, discutir as dificuldades na saúde do nosso Estado. Muito embora após discutir e cobrar muito, falta na verdade um planejamento nas ações do governo, dificultando um andamento das soluções e na atuação dos nossos problemas de saúde (ENTREVISTA CONSELHEIRA – USUÁRIA DO SUS).

As informações cotidianas e as questões tematizadas em cada plenário do conselho, na maioria das vezes numa linguagem extremamente técnica, de difícil compreensão pelos atuais conselheiros-usuários e outros, impossibilita que o debate se dê de forma totalmente aberta e igualitária. Tende a se estabelecer um sistema de poder direcionado a invalidar os discursos e os saberes daqueles que não têm domínio teórico ou prático dos signos e sinais das ciências médicas. O fato nos leva às reflexões de Foucault (1999, p. 71), segundo as quais,

os próprios intelectuais que só recentemente descobriram que as massas não necessitam deles para saber, que elas sabem e inclusive o dizem muito bem, com a ideia de que são agentes do discurso e da “consciência”, fazem parte desse sistema de poder, na medida que se posicionam um pouco na frente ou um pouco de lado para dizer a muda verdade de todos.

O depoimento a seguir propicia observarmos a posição das formas de saber que geram interlocução:

O Conselho, na minha opinião, é uma instância maior, é instância superior, parece até que é executor e, em outras palavras, o que o executor teria que fazer, o Conselho teria que no caso deliberar. Eu entendo dessa forma. Claro que nós temos dificuldades de trabalhar a questão da problemática de saúde. Às vezes acho que não estou contribuindo muito, que sou uma conselheira regular. Tem muita gente competente aqui, porque nós temos aqui várias pessoas que compõem o Conselho, inclusive os componentes do governo, tem o pessoal não governamental e temos outros segmentos: profissionais de saúde, as ONGs [...] Bom, todos nós fazemos parte, e eu acho que a questão do Conselho, eu não diria que exista poder dentro do Conselho, um poder único, não. Eu acho que teria de ser o Conselho todo. Acho assim porque um conselheiro, por exemplo, ele não teria competência ou poder para resolver, sozinho, uma questão, mas o Conselho como um todo. O Conselho é um tanto governo, organização governamental e não governamental (ENTREVISTA CONSELHEIRA – USUÁRIA DO SUS).

O significado de competências atribuído pela conselheira nos leva a pensar que se trata de atributos ligados ao conhecimento, ao saber, à informação que faculta ao indivíduo a tomada de decisão.

Sob esse enfoque, segundo afirma Tanguy (1997, p.16), o conceito de competência está concentrado numa concepção utilizada nos assuntos comerciais e industriais, mediante o qual a competência é considerada “[...] um conjunto de conhecimentos, qualidades, capacidades, aptidões que habilitam para a discussão a consulta, a decisão de tudo que concerne seu ofício”, portanto, inseparável da ação.

As dificuldades apontadas anteriormente parecem superadas inicialmente pela leitura, mediante a troca de experiências e interpretações entre os conselheiros, e do processo de integração dos membros do conselho, possibilitando a inserção dos sujeitos nos diversos espaços de debate sobre a política de saúde.

Essa visão do mundo que nós, é claro, meia dúzia de conselheiros, e outras pessoas é claro, que tem essa militância desse trabalho, de trabalhar com a conscientização do nosso povo, para se desenvolver, fazer esse trabalho como formiguinha. Nós ainda temos, realmente, muito que correr para esse tipo de trabalho ser feito. Porque se ele é deliberativo ele tem que dar condições ao seu colegiado, para que ele possa discutir de igual para igual essas questões. Eu não falo nem da questão do nível acadêmico não, eu falo da questão da disputa para ocupar espaço. Todos nós temos um conhecimento embora não tenha ido para um banco de faculdade. Independente de ter ido ou não, ele tem uma contribuição a dar (ENTREVISTA CONSELHEIRA – PROFISSIONAL DE SAÚDE DE NÍVEL MÉDIO).

O depoimento ora reproduzido remete a uma concepção de conhecimento semelhante ao que é explicitado por Bolzan (2002) por um caminho que não é o trilhado pela teoria clássica do conhecimento. Para além da relação sujeito-objeto, o conhecimento nessa acepção emerge como um fenômeno social, resultado da relação entre sujeitos que buscam um entendimento sobre o mundo. Para o autor, conhecimento é, então:

[...] entendimento de sujeitos a respeito de fatos (mundo objetivo), normas (mundo social) e vivências (mundo subjetivo) à luz de um reservatório de evidências. [...] O mundo da vida, isto é, de um reservatório de interpretações, orga-

nizado linguisticamente e culturalmente dado em tradições (BOLZAN, 2002, apud OLIVEIRA, 1989, p.17).

Segundo Habermas (1998), conhecimentos e saberes ganharam novos sentidos e status. O modo de conhecimento informal, não institucionalizado, produto do processo de aprendizagem expresso nas práticas cotidianas, ganha notoriedade em outras instâncias de produção e reapropriação de saberes que emergem em diversos locais do social.

Em suas análises sobre saber e ciência, Foucault (1979) ressalta a importância das diversas formas de conhecimento e de racionalidade empregados pela história, vindos de experiências, tradições e ou de outras descobertas decorrentes do convívio de uns com os outros. Para ele, o saber é construído a partir de práticas discursivas cotidianas, as quais também podem contribuir para o aprimoramento do conhecimento científico.

Conceitos como conhecimentos da realidade, exercício da cidadania, direitos humanos, identidade cultural e participação sociopolítica vão ganhando novas formas e contornos, resgatando ou construindo novos valores e crenças na sociedade atual.

Espaços de ação comunicativa institucionalizados, como o CE-SAU e outros, vão se configurando em espaços de lutas em defesa de certos direitos, na sua conservação, ou mesmo na defesa do próprio direito: “O direito a ter direito à cidadania”. Significa para os conselheiros, segundo percebemos com mais frequência nas falas dos profissionais de saúde e dos usuários, um espaço democrático em defesa dos SUS e da melhoria na qualidade da atenção à saúde, como argumenta a conselheira, cuja fala se reproduz a seguir:

Eu vou dizer uma coisa que ouvi este ano, já quando nós estávamos discutindo as agências nacionais que o governo

está criando, então é tudo muito lindo, maravilhoso, universal, mas ele criou várias agências de saúde: ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, todo tipo de agência, agora aquela agência que iria cuidar das endemias. O que ele falou, o seguinte: O SUS, ele é uma proposta filosófica, doutrinária, mas está esquartejado, e eu achei pesado, mas realmente é isso que acontece. Nós temos uma política fragmentada, onde o próprio Estado, ele utiliza esses mecanismos pelo SUS e criava agências nacionais, de privatizar, de criar organizações sociais. Então é tão grande hoje a nossa luta, de construção do SUS, que ela está superatual. Aquela que nós na década de 1980, [...] construímos dentro dos movimentos sindicais, hoje ele está mais do que atual, essa nossa luta. Nós tínhamos tanta clareza naquela época, quanto nós temos clareza hoje, da continuidade da existência do SUS (ENTREVISTA CONSELHEIRA- PROFISSIONAL DE SAÚDE DE NÍVEL SUPERIOR).

Observamos na fala da conselheira uma opinião contrária à tendência privatizante do governo federal (FHC), com relação às políticas sociais públicas, até então gerenciadas pelo Estado. A defesa do SUS, segundo ela, torna-se crucial.

Sem dúvida, a grande maioria dos brasileiros são usuários dos serviços de saúde do SUS, que, mesmo precário devido a falta de recursos financeiros para o seu funcionamento adequado, representa a única alternativa de assistência à saúde, da população carente. Acho que o Conselho pode ser um lugar de luta, logo, lá está participando [...], o lado que cada um representa. Quem vai deixar tudo privatizar? O líder comunitário no Conselho tem que conscientizar a população pra ver se não deixa privatizar a saúde (ENTREVISTA CONSELHEIRO – USUÁRIO DO SUS).

As relações entre segmentos da sociedade política e sociedade civil, proporcionadas pelo CESAU, possibilitam a reflexão acerca de valores e representações sobre as formas de condução da "coisa pública", visto experimentar-se nesse processo alguns sinais de horizontalidade quanto às decisões administrativas. Vejamos como a conselheira avalia o seu estágio de atuação no CESAU:

Eu aprendi muito. Antes não discutia a saúde. Pelo menos essa parte de discutir a saúde, aonde eu chegar eu tenho conhecimentos pra discutir alguma coisa. a gente dentro do Conselho tem também conhecimento de orçamento. Consegue saber coisas do governo que quem está fora nunca consegue saber (ENTREVISTA CONSELHEIRA - USUÁRIA DO SUS).

Segundo constatamos, pelas manifestações expressas, muito se aprende da inserção nos conselhos de saúde. O processo educativo decorre de diferentes formas: pela aprendizagem resultante do contato com as instâncias de exercício do poder; pelas ações burocráticas que a participação nesses conselhos requer; pelo diálogo entre segmentos diferentes; pela desmistificação da autoridade; pela consciência adquirida através dos conhecimentos de seus direitos e deveres enquanto cidadãos conselheiros; enfim, pelas relações de poder que se estabelecem no interior dos conselhos ou a partir desses.

O manejo crítico e criativo do conhecimento sobre a situação de saúde e os principais indicadores desta área no Estado do Ceará são fatores essenciais além do "saber experiência", explicitado pelos conselheiros para a análise, discussão e aprovação de propostas que melhor se identifiquem com as necessidades de população. Torna-se relevante, portanto, também o saber escolar, pois a leitura de docu-

mentos, manuais e outros tem sido um dos mecanismos utilizados pelos conselheiros usuários para interpretação de informações.

Na apreciação feita por um conselheiro representante do segmento do governo, foi incluído outro elemento nesse processo de aprendizagem, ou seja: a mídia.

Eu acho que o grande diferencial hoje, na realidade, na situação brasileira, não tenho dúvidas de que no SUS, cada dia se implanta um pouquinho mais. Para as pessoas que fazem uma avaliação muito especial, a impressão que passa é que as coisas não melhoraram. Mas eu que estou dentro do sistema, trabalhando mesmo [...] desde 1974 que eu trabalho diretamente com as pessoas mais carentes, seja em Baturité, seja no São José, como diretor, como professor e agora na Secretaria de Saúde, que há uma demanda muito grande, a mídia. Eu vejo que a população está muito mais consciente dos seus direitos, eu acho que essa coisa da abertura da mídia, todos os segmentos, apesar de todas as distorções, têm contribuído para melhoria da ‘coisa brasileira’, na minha visão, de inspecionar o governo, de fazer a população ficar mais consciente é a mídia. Os conselhos são muito importantes, mas a mídia tem uma contribuição muito grande (ENTREVISTA CONSELHEIRO – GESTOR DO GOVERNO).

Na fala do gestor, percebe-se certo ceticismo com relação ao poder do CESAU, ao atribuir à “mídia” uma valorização acentuada, desprezando o grau de consciência crítica dos cidadãos brasileiros e os processos de participação nas lutas pela redemocratização do país e pelos seus direitos fundamentais.

Nas colocações feitas por representante dos profissionais de saúde de nível médio, percebemos a clareza com que é visualizada a importância da participação e do controle social por parte das pessoas. Embora ainda não se tenha chegado à otimização dos espa-

ços de participação, os atuais já representam um visível avanço no exercício da cidadania.

[...] porque o Estado do Ceará já cresceu muito na questão do nosso controle, da participação, do controle social, dos direitos, dos trabalhadores, dos usuários, já cresceu muito com relação a outros estados. Mas a autonomia que essa instância deveria ter, ela ainda não chegou ao seu limite. Essa autonomia, ela ainda não aconteceu. Porque tem momento que realmente esse fórum funciona como “fórum de pactuação”, nós, até hoje não conquistamos esse espaço deliberativo na sua plenitude. Têm existido alguns conflitos, mas conflitos vão existir sempre. E isso é bom porque fortalece o movimento. Mas na questão do gestor, na questão do poder, na questão do Estado, na interferência do Estado dentro desse fórum de decisões políticas. Ainda tem muito a penetração no sentido de [...], eu não digo nem manipular, de contar, de assustar não, mas tem uma interferência ainda muito grande, junto a alguns companheiros conselheiros, que ainda não abriram a visão para esse mundo da deliberação da questão institucional, para dizer “não vamos pactuar e vamos fechar assim porque o poder está solicitando, está pedindo, ou melhor, está apresentando” (ENTREVISTA CONSELHEIRO – PROFISSIONAL DE SAÚDE DE NÍVEL MÉDIO).

É bastante clara a percepção do conselheiro quanto à interferência da máquina estatal, quando esta quer fazer valer a sua posição e o seu poder de pressão.

Em muitos anos de implementação de gestão democrática na política nacional de saúde, um grande número de atores esteve e ainda está em cena, indiretamente por meio do Conselho Estadual de Saúde ou dos conselhos municipais, ou mobilizados pela ação das conferências nacionais, estaduais e municipais, realizadas ao longo

desse período. Nessa trajetória, conselheiros que inicialmente integravam os conselhos municipais e/ou estaduais continuam ocupando esse espaço ou até mesmo em outras esferas da vida pública. Alguns se tornaram gestores na esfera estadual e outros na esfera municipal.

Hoje muitos dos que atuam no CESAU vêm de outras gestões. Determinados conselheiros já estão exercendo seus mandatos via reeleições há mais de dez anos, o que contraria as normas regimentais vigentes. Na composição atual do referido conselho um dado interessante chama a atenção, é a participação feminina na plenária, em torno de 40%, distribuída entre os três segmentos. Isso demonstra o grau de interesse das mulheres em participar de ações políticas na esfera pública. Como exposto:

O conselho para mim é um espaço democrático, um espaço muito importante, para nós estarmos vigilantes a respeito da política de saúde do Estado. Eu acho de suma importância, porque pelo menos não ficariam só os governantes assinando. Para nós construirmos um Sistema de Saúde, é realmente necessário ter acesso à informação, à qualidade de serviço, à saúde com qualidade. Nós fazemos tudo, tudo, todo o material normativo da Secretaria da Saúde, porque é do interesse do Conselho. São poucas que vêm para cá. O orçamento, quando a gente sabe, já está lá na Assembleia, não passa nem aqui. E então nós vamos ficar correndo atrás? (ENTREVISTA CONSELHEIRA – PROFISSIONAL DE SAÚDE DE NÍVEL SUPERIOR).

Observamos, no depoimento da conselheira, a importância e o significado da sua participação no conselho. O grau de consciência política é bem ressaltado nas suas palavras, quando refere que as decisões políticas de uma administração pública não devem ficar

somente nas mãos dos governantes, mas também nos organismos que fazem o controle público das gestões. Ela afirma:

Eu comecei a coordenar o Coletivo de Saúde, Trabalho e Meio Ambiente, da CUT (Central Única dos Trabalhadores). Participo do Coletivo Nacional de Saúde, Trabalho e Meio Ambiente, me envolvendo com uma série de conferências, porque saúde, trabalho e meio ambiente, não se discutia somente saúde dos trabalhadores. Se discutia as políticas de saúde, se discutia, dentro das políticas de saúde, a saúde do trabalhador, o meio ambiente, as relações de trabalho, entendeu? Então isso foi ampliando o meu horizonte de construção e de percepção das políticas de saúde. (ENTREVISTA CONSELHEIRA – USUÁRIA DO SUS).

Verificamos dentre os usuários e alguns profissionais de saúde uma identificação com as lutas mais gerais dos trabalhadores. Afirma outra conselheira:

[...] Bem, a minha participação nos movimentos sociais sempre foi considerada de uma grande importância, até porque eu participei de movimentos estudantis, fui líder no colégio e estou no movimento sindical por uma questão de, na verdade, gostar de lutar, gostar de participar das coisas, acharem que um dia eu poderei vir a consertar o mundo ou consertar pelo menos uma parte. Sei que isso é até impossível, mas de alguma forma eu sou que nem o beija-flor, a minha gotinha d'água eu vou levar para apagar o incêndio (ENTREVISTA CONSELHEIRA – PROFISSIONAL DE SAÚDE DE NÍVEL MÉDIO).

Percebemos, por meio das falas dessas duas conselheiras, certa preocupação com a saúde dos trabalhadores, a evidenciar o compromisso de ambas em representar bem os anseios da categoria. E

o quanto elas valorizam as perspectivas de dias melhores na vida dessas pessoas, cada uma dando sua contribuição para a construção de um mundo melhor e mais solidário.

São esses os conselheiros que, confrontando saberes, discursos, crenças e valores, vão construindo o CESAU, acreditando estar colaborando para a implementação e a consolidação do modelo de atenção à saúde no SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência de pesquisa junto ao CESAU, no período definido para fins da pesquisa que deu suporte ao presente estudo, possibilitou a compreensão de estarmos longe de poder dizer que as articulações de interesses de determinados segmentos não têm mais espaço para se afirmarem enquanto ações coletivas. Muitas medidas ainda são adotadas de cima para baixo, sem discussão com o conselho, a culminar em ações autoritárias, a exemplo da transformação de hospitais públicos em organizações sociais de caráter privado. Como evidenciado, a ausência, em alguns casos, de uma discussão mais ampla com os sujeitos envolvidos denota que essa ainda não é uma experiência consolidada.

Entretanto, não podemos afirmar que se trata de uma experiência rudimentar. As relações de poder expressas na dinâmica de funcionamento das instâncias gestoras do SUS encontram campo fértil nos espaços de participação e controle social. Como observamos ao longo da pesquisa, esses espaços são permeados de contradições e de disputas, e, na maioria das vezes, funcionam como alternativas de solução para problemas considerados de resolução difícil pelos gestores municipais e estaduais.

É fundamental, nesse aspecto, a existência de conselhos de saúde atuantes e disseminadores do papel de animador e ao mesmo

tempo catalizador das necessidades sentidas pela população e pelos profissionais de saúde, que, apesar da persistente luta pela manutenção do SUS, por seus direitos e por melhores condições de trabalho, têm sido o alvo mais direto das críticas dos gestores e da própria população que, às vezes, sem acesso às informações reais, criticam e os responsabilizam por todos os problemas gerados no atendimento dos serviços de saúde.

Com certeza, o controle social por meio dos conselhos é uma utopia a ser perseguida para que de fato estes atuem na luta contra a corrupção e os desvios de recursos públicos na área da saúde, ampliem a oferta de serviços de boa qualidade aos usuários do SUS, modifiquem os atuais perfis epidemiológicos (que ainda apresentam altos índices de morbidade e mortalidade), estimulem o ingresso da comunidade nas instâncias de participação popular, despertem a motivação dos profissionais de saúde que trabalham a serviço do SUS.

É possível afirmar que um conselho de saúde se constrói desvelando, além do seu caráter político, a sua dimensão do conhecimento acerca da situação epidemiológica de saúde da população. Ali, os diversos conselheiros relacionam-se entre si, num intenso processo de negociação e articulação mediado pela fala, num exercício constante de aprendizagem, no qual os diferentes interesses se confrontam e vence a proposta dos setores mais articulados. Nem sempre a decisão tomada pelo conselho é a mais aceita pelos representantes de uma comunidade; mas é a possível naquele momento, muitas vezes, em virtude daquele pleito envolver recursos financeiros não disponíveis, podendo posteriormente ser reavaliada e chegar-se a outro entendimento.

Projetamos com relação aos conselhos uma possibilidade de contribuição para o fortalecimento, ou mesmo a construção, de uma esfera pública brasileira, na medida em que poderes e saberes múltiplos

tiplos confrontam-se na gestação do “novo”, cujo horizonte poderia ser a ruptura com a postura tradicional, paternalista e autoritária, que tem marcado as relações de políticas públicas na sociedade brasileira, principalmente as da área de saúde.

A autoridade e o gestor administrativo conscientes do que seja o serviço público e o servidor público podem ver nas várias modalidades de controle social – mormente a sua expressão mais viva, que é a participação da comunidade na condução do SUS – um valioso instrumento para evolução e aperfeiçoamento do sistema de saúde, de sua competência e responsabilidade.

A interação do gestor com a comunidade no equacionamento e solução de seus problemas é uma das estratégias mais importantes do SUS; cabe ao dirigente, em cada esfera de governo, sobretudo no âmbito municipal, facilitar com informações a participação da comunidade no sentido da identificação de novas formas de atendimento às demandas coletivas.

O uso das “ideias-forças” da participação da comunidade e do controle social objetiva também colocar o cidadão e o usuário no centro do processo de avaliação do sistema, e impedir que o executivo seja o único interlocutor do interesse coletivo.

As dificuldades apontadas com relação às deliberações do conselho em tela, a ausência, às vezes, de coerência nos discursos, algumas questões de representatividade ainda obscuras e as pressões de determinados segmentos reafirmam as limitações do CESAU, enquanto espaço de luta e de conquista de poder. Coloca-se, então, a necessidade de novas investigações que permitam identificar a efetividade desse conselho, como órgão que debate, define e aprova as diretrizes das políticas públicas de saúde no Estado do Ceará.

A pesquisa apontou alguns elementos para reflexões futuras sobre a importância do CESAU como espaço possível de construção

de uma esfera pública na gestão do SUS. O papel dos conselheiros envolvidos nesse cenário representa um processo de avanços e recuos significativos, de contribuições e compartilhamento de decisões importantes para a implementação das políticas públicas de saúde no Ceará.

Sem dúvida, ideias novas irão surgir e com certeza será mais uma referência de análise para um repensar sobre a função política e social dos conselhos gestores de políticas públicas, especialmente os de saúde.

BIBLIOGRAFIA

ABRASCO. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. *Relatório final da oficina de trabalho "Incentivo a Participação e Controle Social em Saúde"*. Brasília, 1993.

ABU-EL-HAJ, J. *A mobilização do capital social no Brasil: o caso da reforma sanitária no Ceará*. São Paulo: Annablume, 1999.

ALMEIDA, C. Crise econômica, crise de Welfare State e reforma sanitária. In: GERSCHMAN, S.; VIANNA, M.L. (Orgs.). *A miragem da pós-modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização*. Rio Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

ABRASCO. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. *Relatório final da oficina de trabalho "Incentivo a Participação e Controle Social em Saúde"*. Brasília, 1993.

ARENDT, H. *A condição humana*. São Paulo: Forense - Universitária, 1998.

BARROS, E.D. Os conselhos de saúde e a responsabilidade cidadã. *Ciência & Saúde de Coletiva*. Rio de Janeiro: ABRASCO, v.3, n.1, 1998.

BOLZAN, J. *Racionalidade comunicativa e educação: um estudo sobre o pensamento de Jürgen Habermas enfatizando a formação da competência interativa como*

aprendizado da razão comunicativa. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Dissertação de Mestrado, 2002.

BONFLEUR, J. P. *Direito e democracia entre facticidade e validade*. BENO, S.F (trad.). Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1997.

_____. *Pedagogia da ação comunitária: uma leitura de Harbermas*. Ijuí: UNIJUÍ, 1997.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *VIII Conferência Nacional de Saúde – Relatório final*. Brasília, 1986.

_____. *X Conferência Nacional de Saúde – Relatório final*. Brasília, 1996 a.

_____. *Conselho Nacional de Saúde: guia de referência para a sua criação e organização*. Brasília (mimeo). s/d.

_____. *Norma Operacional Básica – SUS/1996 b*.

_____. *Avaliação do funcionamento dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde*. Brasília: IEC, 1995.

_____. *Conselho Nacional de Saúde: guia de referências para a sua criação e organização*. Brasília: 1992 b.

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

_____. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990 a.

_____. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 b.

CANESQUI, A. M. *Ciências sociais e saúde*. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1997.

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

CEARÁ. Decreto 20.931, de 12 de setembro 1990.

_____. Resolução 02/1999.

_____. Ata da 121ª reunião extraordinária do CESAU. Fortaleza, 1999.

_____. *Atas de reuniões ordinárias do CESAU (109ª a 149ª)*. (janeiro de 1998 a dezembro de 2000).

_____. Ato do governo, de 16 de março de 1984. Institui a Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS). *Diário Oficial do Estado*. 22 mar.1984. Fortaleza - CE, 1984.

_____. Conselho Estadual de Saúde. *1º Relatório de gestão do SUS – Ceará 1995/1998*. Fortaleza, 1999.

----- . Lei 12.878, de 29 de dezembro de 1998.

----- . Lei 5.427, de 27 de junho de 1961.

COHN, A. Descentralização, saúde e cidadania. *Lua Nova. Revista de Cultura e Política* – São Paulo: CEDEC, v. 32, p. 5-16, 1994.

----- . Saúde e cidadania: análise de experiência de gestão local. In: COHN, A. *Saúde na previdência social e seguridade social: antigos e novos desafios*. São Paulo: Cortez, 1996.

----- . *Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços*. São Paulo: Cortez/CEDEC, 2001.

----- . Saúde para todos. In: RATHER, H. (Org.). *Brasil no limiar do século XXI*. São Paulo: FAPESP/EDUSP, 2000.

COHN, A.; ELIAS, P. *Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços*. São Paulo: Cortez, 1996.

CORREIA, M. V. C. O Controle social na área de saúde. *Anais da Conferência Estadual de Saúde do Estado de Alagoas*, 3., 1996, Maceió. Anais... Maceió: CES/

CESAU/AL, 1996.

----- . *Que é controle social? Os conselhos de saúde como instrumento*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

CORTES, S. M. V. Conselhos Municipais de Saúde: avaliações otimistas e pessimistas. *Revista Ciência & Saúde Coletiva* – Rio de Janeiro: ABRASCO, v.3, n.1, 1998.

COSTA, N. R. Políticas públicas, direitos e interesses: reforma sanitária e organização sindical no Brasil. In: EIBENSCHUTZ, C. (Org.). *Políticas de saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

DINIZ, E.; AZEVEDO, S. (Orgs.). *Reforma no Estado e democracia no Brasil*. Brasília: Editora da Universidade de Brasília, 1997.

EIBENSCHUTZ, C. (Org.). *Políticas de saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

FISCHER, T. *Gestão contemporânea: cidades estratégicas e organizações locais*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1997.

FLEURY, S. M. Cidadania, direitos sociais e Estado. *Anais do Congresso Nacional de Saúde*, 8., 1986, Brasília, Anais... Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

----- . *Estado sem cidadãos*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

FLEURY, S. M.; GIOVANELLA, L. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C. (Org.). *Política de saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

FOUCAULT, M. *A arqueologia do saber*. Petrópolis/Rio de Janeiro: Vozes, 1979.

----- . *Microfísica do poder*. São Paulo: Graal, 1999.

GENTILLI, P. *Pedagogia da exclusão*. Petrópolis/Rio de Janeiro: Vozes, 1995.

GERSCHMAN, S. *A democracia inconclusa: um estudo de reforma sanitária brasileira*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

GOHN, M. G. *As relações sociedade civil e Estado nos anos 90*. Revista Serviço Social & Sociedade – São Paulo: Cortez, n. 36, ago. 1991.

HABERMAS, J. *Direito e democracia entre facticidade e validade*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1997.

----- . *Técnica e ciência como ideologia*. Lisboa: Edições 70, 1998.

LAURELL, A. C. La lógica de la privatización en salud. In: EIBENSCHUTZ, C. (Org.). *Políticas de saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

LENHARDT, G.; OFFE, C. *Teoria do Estado e política social: tentativas de explicação político-sociológica para as funções e os processos inovadores da política social*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.

LOPES, K. S. *Nas trilhas da experiência: a memória, a crise e o saber do movimento popular em Fortaleza*. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal do Ceará, 1995.

MACHADO, F. A. Participação social em saúde. *Anais do Congresso Nacional de Saúde*, 8., 1986, Brasília. Anais.... Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

MARQUES, M. O. *Conhecimento e educação*. Ijuí: UNIJUÍ, 1988.

- MENDES, E. V. *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1994.
- *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1996.
- MERHY, E. E.; BUENO, W. S. *Organizações sociais: autonomia de quem para quem?* Disponível na Internet: <<http://www.cns.br>.
- MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1999.
- OFFE, C. *Capitalismo desorganizado*. São Paulo: Brasiliense, 1989.
- PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M.; PINHEIRO, V.C. *Gasto social federal e investimento na infância*. Brasília: UNICEF, 1995.
- POSSAS, C. A. A articulação público-privado e o cuidado com a saúde dos pobres: implicações das políticas de ajuste estrutural na América Latina. In: EIBENSCHUTZ, C. (Org.). *Política de saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.
- RAMOS, C. L. Conselhos de saúde e controle social. In: EIBENSCHUTZ, C. (Org.). *Política de saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.
- SANTOS, N. R. *Metamorfose do espaço habitado*. São Paulo: HUCITEC, 1991.
- TANGUY, L. Racionalização pedagógica e legitimidade política. In: *Saberes e competências: o uso de tais noções na escola e na empresa*. Campinas: Papirus, 1997.
- TEIXEIRA, S. F. *Promoção de saúde, um novo paradigma*. Salvador: 1994 (mimeo).
- VALLA, V.V. (Coord.). *Participação popular e os serviços de saúde: o controle social como exercício da cidadania*. Rio de Janeiro: Pares, 1993.
- ZANETI, C. H. G. *Reforma do Estado e saúde*. Revisão Ação Coletiva, v.1, 1998.

A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL E O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO BAIRRO JARDIM AMÉRICA (FORTALEZA-CEARÁ-BRASIL)

Maria Sônia Lima Nogueira¹⁹

INTRODUÇÃO

Neste capítulo desenvolvemos uma reflexão crítica referente à política pública de saúde mental no município de Fortaleza, em espaços abertos de cuidados como os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS). É parte de pesquisa mais ampla acerca das representações sociais sobre a política de saúde mental, efetuada no âmbito do Programa de Políticas Públicas da Universidade Estadual do Ceará, com foco nos significados atribuídos por profissionais da saúde mental à proposta de desinstitucionalização preconizada pela reforma psiquiátrica brasileira.

O desenvolvimento dos serviços de atenção à saúde mental, substitutivos aos hospitais psiquiátricos no Brasil, e sua implantação no Ceará tem sido uma realidade em virtude de pressões que demandaram do Estado mais atenção à saúde mental, culminando na implementação de serviços substitutivos ao manicômio. Tais pressões continuam, são exercidas por movimentos de profissionais, usuários e familiares, destacando-se o movimento da luta antimanicomial, o qual, paralelamente a acontecimentos humanamente ina-

19 Maria Sônia Lima Nogueira. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará, Mestra em Políticas Públicas e Graduada em Serviço Social e Ciências Sociais pela Universidade Estadual do Ceará. Pesquisadora do Observatório de Ciências Sociais e Humanas em Saúde. Assistente Social da Secretaria Municipal dos Direitos Humanos e Desenvolvimento Social e da Secretaria da Saúde da Prefeitura Municipal de Fortaleza. Atua nos seguintes temas: políticas públicas; serviço social e saúde; serviço social e família.

ceitáveis, com repercussão internacional, influenciaram na criação da política de desinstitucionalização das pessoas com transtorno mental, a princípio na Itália e por conseguinte no Brasil.

Como produto de movimentos dessa natureza no país, ocorreu a criação dos CAPS, iniciando-se na década de 1980, tendo em vista uma estrutura terapêutica entre a hospitalização integral e a vida em comunidade, cuja proposta é cuidar de pessoas com sofrimentos psíquicos dentro do sistema de políticas públicas de saúde.

Em 1987, inaugurou-se o primeiro CAPS do Brasil, em São Paulo. Depois desse evento, multiplicaram-se, por todo o país, espaços de atendimento, voltados à superação do modelo psiquiátrico tradicional, pautado na internação manicomial (PITTA, 1996). Como uma forma de assistência pública individual e coletiva – estatal ou contratada – à saúde das pessoas com transtornos mentais, os CAPS se diferenciam das estruturas anteriores pelo acesso local, aproximação à família e interdisciplinaridade, à medida que articulam diversos saberes como enfermagem, medicina, psicologia, serviço social e terapia ocupacional entre outros. Conforme referido, começam a ser implantados no Brasil ao final da década de 1980, regulamentados pela Portaria nº. 336/GM de 19 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redirecionam o modelo assistencial de saúde mental.

É interessante observar que os CAPS, orientados a funcionar em espaço físico específico e independente da estrutura hospitalar, propõem atendimento mais próximo da família e da comunidade, numa busca de estreitamento e fortalecimento de vínculos afetivos à demanda da população que esteve sem cobertura e assistência psiquiátrica durante anos ou que só contava com a internação (SAMPALIO ; SANTOS, 1996).

Mencionada portaria propõe a perspectiva de fortalecimento de vínculos com a família e a sociedade. Lê-se em seu Art. 3º:

[...] é responsabilidade do Estado o desenvolvimento de política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instalações ou unidades que oferecem assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais [...] (BRASIL, 2002).

Os CAPS fazem parte da política pública de saúde do SUS e têm como determinação constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcionem segundo a lógica do território. Em substituição ao hospital psiquiátrico, se propõem a não reproduzir o modelo hospitalocêntrico caracterizado pela crença em uma verdade exclusiva da essência humana imutável de que os desvios são patológicos e, desse modo, precisam ser tratados como tais, pela via da segregação, que confunde a doença com o doente, sob a justificativa de que o isolamento o protegeria dos outros e os outros dele.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), os CAPS objetivam oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, mediante o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. De acordo com Sampaio e Barroso (s/d), buscam prevenir a rotulação, hospitalização, desamparo, estigma e cronificação, bem como outras formas de abandono, garantindo a permanência de vínculos sociais. Buscam ainda estimular um redimensionamento crítico das relações familiares, de trabalho, vizinhança, sexualidade e política. Considera-se questionável, contudo, se o serviço em discussão previne mesmo o

estigma e a rotulação, pois trata-se de um espaço peculiar para tratamento de situações específicas.

Vale ressaltar: inicialmente, o CAPS foi proposto, dentro da atenção secundária à saúde, como um lugar de referência e tratamento para atender casos de transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais casos, cuja severidade e persistência justificassem a permanência do usuário em um dispositivo comunitário de cuidado intensivo (BRASIL, 2002). Todo e qualquer sofrimento emocional, porém, é atendido pelo serviço especializado. Desse modo, o CAPS funciona como um ambulatório, embora, em Fortaleza, e de modo especial na Secretaria Executiva Regional IV (SER IV), os casos de ansiedade e depressão leves estejam sendo pactuados com a Atenção Básica, em um sistema de matriciamento, mas ainda de forma muito incipiente.

O matriciamento ou apoio matricial é um momento no qual se estabelece a troca de saberes entre os profissionais, de vários serviços de atenção, envolvidos no cuidado dos usuários, com o objetivo de garantir que as equipes das unidades básicas de saúde e unidades referenciadas se vinculem aos pacientes e se responsabilizem pelas ações desencadeadas no processo de assistência (CAMPOS, 1999).

Em Fortaleza, a proposta de matriciamento da saúde mental na atenção básica se efetiva por meio de uma equipe de profissionais de saúde mental formada para prestar esclarecimentos e orientações às equipes de saúde da família nos centros de saúde. Realizam estudos de casos e discutem situações relacionadas. De acordo com informações de uma entrevistada, duas equipes de saúde mental da SER IV retomaram (esta secretaria estava sendo avaliada e por isso deixou de funcionar por alguns meses) as atividades com oito centros de saúde da família. Em 2006 esse trabalho era realizado com seis centros. Lê-se na reprodução da fala de uma entrevistada:

[...] a gente fez uma reunião e todo mundo queria voltar ao matriciamento. Então a gente fez um pouco mesclado, o matriciamento, juntou pessoas das várias disciplinas, [...] de cada categoria um profissional, que tem no CAPS, e procuramos também juntar os três serviços [CAPS ad, infantil e geral]. Formamos duas equipes, montamos um cronograma e aí alguns percalços no caminho a gente vai ajustando [...]
(ENTREVISTA Nº 20 – NÍVEL SUPERIOR).

Como observado, porém, o matriciamento não funciona a contento; apenas como primeira experiência que se anuncia, sendo necessárias avaliações e continuidade do processo, com envolvimento não só da equipe de saúde mental, que é quem está à frente do processo, mas também com a adesão real das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e de profissionais dos hospitais regionais na discussão do tema.

De acordo com Sampaio e Santos (1996), para os CAPS, o eixo da política de saúde mental é extra-hospitalar, interdisciplinar, otimista e humanista. Assim, revolucionariam a atitude dos profissionais e da sociedade ante as concepções de natureza humana, da doença mental e dos direitos de cidadania, em contraposição ao fazer do hospital psiquiátrico, individualista e segregador.

No tocante à internação, tais centros seguem a orientação da Lei Federal nº. 10.216/01 que preconiza a internação apenas em duas situações extremas: no caso de o portador de transtorno mental representar risco iminente à sua vida ou à de terceiros, ou seja, os CAPS só encaminham para internação, seja em hospital psiquiátrico ou não, pessoas cujas situações fogem à sua capacidade de resposta.

A Lei nº. 10.216/01 regulamenta ainda três tipos de internação: a voluntária, a involuntária e a compulsória. Enquanto a internação voluntária é definida como aquela em que o portador de

transtorno mental procura se internar espontaneamente, na involuntária ele é internado por terceiros contra sua vontade; alguém se responsabiliza por ele. A internação compulsória é determinada por ordem judicial.

Os centros de atendimentos em referência classificam-se por ordem decrescente de porte/complexidade populacional em CAPS I (para municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes), CAPS II (para municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes) e CAPS III (para municípios com população acima de 200.000 habitantes); bem como de acordo com a especificidade da demanda, em CAPS I, II e III, destinados ao atendimento a pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, CAPS ad, para atendimento à população com transtornos decorrentes do uso abusivo de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas, e CAPSi, para atendimento a crianças e adolescentes com transtornos mentais (BRASIL, 2002).

Em 1993, foi estabelecida em Fortaleza a Comissão Municipal de Reforma Psiquiátrica que propôs à sua Secretaria de Saúde o projeto de criação de um CAPS por distrito sanitário, visto que a Cidade é dividida em seis secretarias executivas regionais. Esse projeto encontrou muita resistência para ser posto em prática, sobretudo por parte dos proprietários de hospitais psiquiátricos privados, pois contrariava seus interesses lucrativos. Grupos de empresários desses hospitais chegaram mesmo a organizar usuários em defesa do hospício, incutindo em suas mentes que sem os hospitais não teriam local para se tratar. Uma entrevistada refere:

Ela [a Reforma Psiquiátrica] não é um bloco sem resistência. Pros hospitais era interessante manter aquele modelo que se ganhava muito e que tratava pouco. O Aldol [medicação] é uma droga de baixíssimo custo pro valor que a internação

paga. Então por conta disso houve muita resistência, a lei da Reforma Psiquiátrica, que na época era muito inovadora, e todo mundo, os conservadores, ficavam apelando para o fato de que se iam destruir os manicômios os “doidos” iam ficar na rua, como nos EUA, que já tinha algo parecido com isso (ENTREVISTA Nº 20 – NÍVEL SUPERIOR).

No entanto, a despeito das resistências e sob pressão dos trabalhadores engajados no movimento antimanicomial, em 2001 o governo municipal de Fortaleza, administração Juraci Magalhães, resolveu implantar apenas três CAPS do tipo II, reduzindo a proposta da comissão. Seis centros seriam absolutamente insuficientes para o atendimento à comunidade se considerarmos a imensidão territorial e populacional dos bairros que compõem estas secretarias, além do baixo Índice de Desenvolvimento Humano por Município (IDHM) de alguns bairros. Tivemos, pois, uma situação perversa com a implantação de apenas três destes serviços. Profissionais, familiares e usuários sofreram não só com a superlotação como também com a impossibilidade de avançar nas propostas da reforma psiquiátrica de desospitalização e fechamento gradativo do hospital psiquiátrico. “A sensação que se tinha da saúde mental em Fortaleza era de caos total” (ENTREVISTA Nº 20 – NÍVEL SUPERIOR).

As dificuldades sociais e administrativas que seriam enfrentadas caso os seis CAPS fossem implantados ficaram exponencialmente agravadas, porquanto foram reduzidos à metade. Desse modo, a população de todos os bairros de cada duas secretarias ficava sob a responsabilidade de um Centro, o que causou os transtornos para a vida das pessoas que precisavam desse serviço.

Nesse ambiente, os CAPS emergem como um serviço em substituição ao internamento psiquiátrico. Uma demanda começa a surgir, porém, como dar respostas a ela era a grande questão, pois

havia um estrangulamento, por assim dizer, uma impossibilidade de atendimento digno. Tal realidade ensejou angústia e insatisfação na população e nos profissionais que deveriam atender às demandas, a qualquer custo, mas não dispunham das condições objetivas mínimas necessárias ao desenvolvimento das atividades.

Cabe ressaltar: historicamente, a assistência psiquiátrica no Ceará foi predominantemente hospitalocêntrica. Assim, a consolidação do cuidado em saúde mental restringiu-se aos hospitais psiquiátricos de natureza asilar, tutelar.

Como evidenciado, no município de Fortaleza houve resistências à reforma psiquiátrica, principalmente em virtude da concentração desses hospitais, que são em sua maioria privados (SAMPAIO ; SANTOS, 1996), conforme referido. Apesar disso, em consonância com uma tendência nacional, há uma mobilização de setores da sociedade cearense, sobretudo de profissionais de saúde, no sentido de implementar políticas de desospitalização manicomial.

Em 2000, foi realizado concurso público municipal para a formação de equipes multiprofissionais – assistentes sociais, psicólogos, psiquiatras, enfermeiros e terapeutas ocupacionais – que comporiam os CAPS e em 2001 iniciaram suas atividades. O primeiro destes serviços a ser implantado foi o Centro da Secretaria Executiva Regional III (SER III), localizado no bairro Rodolfo Teófilo, em 1998, pela Universidade Federal do Ceará, mediante convênio com a Prefeitura Municipal de Fortaleza. Em 2001, foram inaugurados os outros dois centros, um deles no bairro Messejana e outro no bairro Jardim América.

Em 2005, a Prefeitura Municipal de Fortaleza iniciou a ampliação do número de CAPS. A princípio foram formadas equipes de saúde mental, as quais, lotadas na rede de atenção básica à saúde, transformaram-se gradativamente nas atuais equipes de CAPS. Sal-

tou de três para quatorze o número de unidades; um salto grande e ousado, com bônus e ônus para os usuários e as equipes. Bônus pela ampliação da prestação de serviços a uma demanda crescente e pela geração de emprego e renda a muitos trabalhadores. Ônus quanto à insuficiência de recursos para aquisição de material e outras necessidades para o desenvolvimento das atividades e quanto à contratação precária da totalidade dos profissionais para os novos CAPS, que apenas há dois meses (novembro de 2008) passaram a trabalhar com a segurança trabalhista mínima, ou seja, o registro na carteira profissional. Refere uma entrevistada:

A Prefeitura foi muito ousada em ter passado de três CAPS para 14 CAPS, a gente sofreu isso no serviço, por conta da manutenção, porque as verbas que o Ministério repassa, elas não são suficientes pra cobrir [todas as despesas], é claro que tem que ter a parceria do Estado e do Município [...]
(ENTREVISTA Nº 20 – NÍVEL SUPERIOR).

No período de realização da pesquisa, os CAPS se distribuíam da seguinte forma: SER I – um CAPS ad e um tipo II, SER II – um CAPS ad e um tipo II, SER III – um CAPS ad, um CAPS infantil e um tipo II, SER IV – um CAPS ad, um CAPS infantil e um tipo II, SER V – um CAPS ad e um tipo II, SER VI – um CAPS ad e um tipo II.

Contudo, a ampliação do número de CAPS não significaria que o serviço estivesse ótimo, que não houvesse dificuldades ou que o problema da superlotação fosse resolvido. A implantação de um CAPS infantil e outro ad na Regional IV trouxe benefícios sensíveis, sobretudo se considerarmos que o público infantil, assim como os alcoolistas e drogadictos, não dispunham de serviço municipal especializado nessa área. Evidentemente, aliviou, mas estamos muito distantes do que seria um atendimento ideal a toda a comunidade.

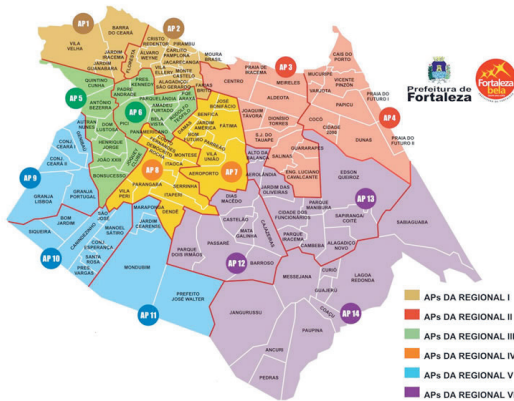
CAMINHO METODOLÓGICO

A metodologia utilizada na pesquisa que deu suporte ao presente capítulo foi eminentemente qualitativa. Com inspiração em Minayo (2004), buscamos compreender o universo de sentidos, significados, valores, comportamentos e representações dos sujeitos envolvidos na referida pesquisa.

O campo empírico foi o CAPS (Geral) da SER IV, instituição que presta serviço de atenção à saúde mental aos moradores dos bairros pertencentes ao Distrito Sanitário desta Secretaria e está localizada na avenida Borges de Melo, 201, no bairro Jardim América, em Fortaleza, Ceará, Brasil (Mapas a seguir).

Sobre a escolha dos informantes, atende a uma inquietação nossa desde o primeiro contato com o cotidiano de pessoas com transtornos mentais, por ocasião do desenvolvimento de atividades profissionais como assistente social, em um CAPS. Assim, procuramos entender o serviço de CAPS do ponto de vista dos profissionais.

Figura 1 – Mapa dos bairros do município de Fortaleza



Fonte: http://www.webbusca.com.br/pagam/fortaleza/mapa_fortaleza.jpg

Figura 2 – Mapa dos bairros da SER IV



Fonte: http://www.webbusca.com.br/pagam/fortaleza/mapa_fortaleza.jpg

Quanto à delimitação do grupo de informantes da pesquisa, elegeu-se a modalidade de amostragem por saturação, também com apoio em Minayo (2004, p. 113) por se referir à representatividade qualitativa na pesquisa social. De acordo com esta autora, o sujeito transmite, pela fala, as representações de determinado grupo, ou seja, o sujeito é representativo do grupo social a que pertence. Ela esclarece em que condições o indivíduo é representativo do grupo ou fala por si mesmo, pois, como afirma, ele representa a sociedade na medida em que os modelos culturais revelados na entrevista refletem o caráter histórico e específico das relações sociais. O sujeito também representa a si mesmo, pois “cada ator social se caracteriza por sua participação, no seu tempo histórico, num certo número de grupos sociais [...]”.

Consoante Fontanella et al. (2008), a amostra por saturação é uma ferramenta conceitual amplamente empregada nas investiga-

ções qualitativas na área da saúde. É utilizada para estabelecer o tamanho final de uma amostra em estudo, interrompendo a inclusão de novos informantes pelo fato de os dados obtidos apresentarem certa redundância, na avaliação do pesquisador, ou repetição com base em um número determinado de informantes; desse modo, não é mais relevante persistir na coleta de dados, de forma que as informações acrescentadas pelos novos participantes não contribuiriam significativamente para a reflexão teórica.

De acordo com Glaser e Strauss, apud Fontanella et al. (2008), a saturação acontece quando o pesquisador percebe que deve interromper a captação de informações quanto à discussão de determinada categoria na investigação qualitativa sociológica. Para os autores, trata-se de uma confiança empírica, segundo a qual a categoria está saturada, não apresentando mais novidade.

Cabe realçar, também, a utilização de instrumentos de coleta de dados, tais como a observação sistemática, a observação participante e a entrevista semiestruturada gravada, conforme a permissão dos informantes.

A observação sistemática facilitou o contato com a realidade profissional dos informantes no sentido de possibilitar maior apreensão de uma diversidade de situações e fatos que subsidiaram a captação das informações e dados, possíveis de obter apenas pela aproximação da própria realidade.

Quanto à observação participante, considerada como parte essencial do trabalho de campo na pesquisa qualitativa, Schawartz e Schawartz, apud Minayo (2004), a definem como um processo em que o observador se mantém presente numa situação social dada, com o objetivo de realizar uma investigação científica. Assim, o observador, ao participar do cenário sociocultural dos sujeitos, colhe

as informações e dados e, ao passo que modifica o contexto, é modificado por ele.

Relativamente à entrevista semiestruturada, a escolha deu-se pelo fato de possibilitar a combinação de perguntas estruturadas, fechadas e abertas, em que o entrevistador tem a possibilidade de falar sobre o tema proposto sem respostas preestabelecidas pelo pesquisador (MINAYO, 2004). Como a autora assegura, a possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos, e, ao mesmo, tempo transmitir as representações de determinados grupos com suas condições históricas, socioeconômicas e culturais, faz da entrevista um instrumento privilegiado de coleta de informações. O uso dessa técnica de coleta de dados foi fundamental, pois nos aproximou das representações dos sujeitos entrevistados apreendidas por intermédio de seus relatos.

Com efeito, as entrevistas semiestruturadas gravadas (mediante autorização dos sujeitos) permitiu aos informantes maior liberdade de opinião e reflexão a respeito das questões apresentadas e possibilitou-nos um contato maior com o conteúdo subjetivo de suas falas sem perdas de informações valiosas.

Outras fontes de informações que utilizamos, além da bibliográfica e entrevista, foram os documentos institucionais, dentre os quais destacamos: prontuários, projeto terapêutico, plano de ação do CAPS; e do Ministério da Saúde, o Relatório de Gestão da Saúde Mental, o documento base da Política Nacional de Humanização da Saúde; como também as leis relativas à Reforma Psiquiátrica.

A EQUIPE PROFISSIONAL

Da equipe fazem parte quarenta e um funcionários, dos quais seis são terceirizados e os demais são servidores públicos do Ministério da Saúde ou municipais. A equipe profissional é composta por

três médicos (uma psiquiatra e dois clínicos), duas assistentes sociais, uma cedida para a Secretaria Municipal de Assistência Social, duas enfermeiras, três psicólogas, duas terapeutas ocupacionais, um arteterapeuta, cinco auxiliares de enfermagem, quatro recepcionistas, dois agentes administrativos, um digitador, três farmacêuticos, dois guardas noturnos, dois guardas municipais, dois auxiliares de farmácia ou dispensadores de medicamentos, duas cozinheiras, um porteiro, dois agentes de serviços gerais e dois auxiliares administrativos, denominados “posso ajudar” (PROJETO TÉCNICO DO CAPS).

Conforme os entrevistados, suas atividades foram iniciadas sem a menor condição de atendimento. A estrutura física era velha, estava comprometida, e com pouco tempo em que a equipe estava atendendo, o telhado caiu. Mesmo assim, não foi tomada qualquer providência imediata pelas autoridades, apesar de terem sido informadas. Também não havia um espaço adequado à realização das atividades, nem apoio logístico.

Nas entrevistas realizadas, foi recorrente a referência por parte dos trabalhadores que iniciaram as atividades no referido CAPS sobre a constituição do serviço, e o momento de fundação da instituição, de oposição radical ao modelo manicomial e instauração de um novo modo de tratamento avesso ao tradicional é considerado como ato heroico dos servidores.

O serviço, segundo os relatos, não dispunha de condições de manutenção ou de remédios nem de lanche para os pacientes, que “chegavam a desmaiar de fome”. A então gestão na qual o CAPS foi inaugurado não expressava qualquer interesse ou compromisso com a saúde mental e a equipe sentia-se abandonada. É como desabafa uma entrevistada:

Fundamos o CAPS só com a nossa vontade. Éramos totalmente abandonados, mas a nossa vontade e compromisso com a Reforma Psiquiátrica nos impulsionava em meio às adversidades a lutar pelo que queríamos. Tudo deu certo porque sempre tivemos uma boa equipe profissional, muito comprometida (ENTREVISTA Nº 20 – NÍVEL SUPERIOR).

Frequentemente, formava-se um grupo de profissionais para ir à SER IV cobrar providências, solicitar material para trabalhar, lanches e vales-transporte para os usuários. Algumas vezes o secretário da SER os recebia, mas não dava nenhuma resposta positiva. Resolveram “se virar” e passaram a comprar lanche com o próprio dinheiro para aquelas pessoas que “desmaiavam de fome”. Uma psicóloga e uma assistente social juntaram-se e compraram um conjunto de som com os próprios recursos para desenvolvimento de atividades grupais. Segundo relata a mesma entrevistada, procuravam uma forma de tornar o serviço uma realidade e ^{responsabilidade} do governo. Assim, ela assinala:

[...] formamos um conselho local como uma forma, estratégia pra gente ter força junto ao poder local, porque só com a população, os usuários, é que a gente podia bancar isso, mas a gestão não respeitava conselho local, não respeitava era nada. Aquilo que não nos mata nos fortalece, né? Nós nos tornamos mais fortes. Nos tornamos mais fortes porque a equipe tem muito compromisso (ENTREVISTA Nº 20 – NÍVEL SUPERIOR).

A equipe tinha interesse em desenvolver um bom trabalho, que desse resposta às necessidades da população. Por falta de condição, passou a desenvolver suas atividades sob uma árvore frondosa, que lhe proporcionava uma sombra agradável. A entrevistada refere:

[...] nós lutamos por isso aqui, [depois de algum tempo] fizeram uma reforma malfeita, daí a pouco o teto caiu de novo e aí a gente tinha uma árvore bem verde que era o símbolo de nossa resistência [...] a árvore se quebrou, caiu [...] ela sabia que já não precisávamos mais tanto dela (ENTREVISTA Nº 5 – NÍVEL SUPERIOR).

Mencionada árvore referida tem forte representação simbólica para a equipe. Como a entrevistada narra, ainda na primeira reforma do Centro, organização mínima do espaço para atendimento do público, a árvore foi podada, ficou sem nenhum galho, mas, com o passar do tempo, refloresceu e tornou-se frondosa, possibilitando o atendimento ao acolher equipe e usuários sob sua sombra em virtude do episódio da queda do telhado, conforme relatado. Esta outra árvore (Figura 3) foi plantada em homenagem a um ex-trabalhador do CAPS, arteterapeuta muito querido pelos usuários e pela equipe, que morreu após uma confraternização natalina da equipe, homenagem prestada pelos profissionais e usuários. Uma entrevistada esclarece:

O Beto que era uma pessoa maravilhosa que passou por aqui e deixou uma marca aqui. Ele falava muito da história de plantar um brasileirinho aí. E aí o Beto partiu, ele faleceu e não deu tempo de plantar. [...] plantamos o brasileirinho, foram os pacientes que conheciam o Beto que plantaram. Mas é também uma homenagem a uma pessoa que foi muito importante aqui, tanto para os pacientes como pra equipe, ele era uma pessoa muito querida (ENTREVISTA Nº 5 – NÍVEL SUPERIOR).

Figura 3 – Brasileirinho: *Codiaeum variegatum*



Fonte: Foto da autora.

De acordo com as entrevistas, ao se efetivar outra gestão no município de Fortaleza, executou-se mais uma reforma na estrutura do prédio, a qual deu condições de atendimento nas salas; então a árvore foi cortada até o tronco. “Deu seu último suspiro, não reviveu mais”, afirma uma entrevistada. Alguns profissionais suspiram saudosos e uma psicóloga yungiana da equipe verbaliza o sentimento, dizendo: “Agora podemos nos despedir da árvore, ela cumpriu seu papel”, na certeza de que a partir desse momento a proposta de trabalho do CAPS tinha se estruturado mesmo, não tinha mais como não dar certo. Percebemos o misto de satisfação e emoção na fala da entrevistada ao relatar que a equipe sente o quanto foi importante sua persistência, suas idas e vindas ao Distrito de Saúde e à Secretaria de Saúde do Município, na maioria das vezes frustradas, em busca de apoio do poder público para a concretização do CAPS em análise.

Não bastassem essas dificuldades, a equipe multiprofissional contava também com o agravante de não haver psiquiatra na equipe, pois

os aprovados no concurso não quiseram permanecer no CAPS em virtude de o salário ser muito baixo e de receberem melhores propostas de trabalho. Ademais, era pequeno o número de psiquiatras no Ceará.

Desse modo, os demais profissionais permaneceram atendendo a uma demanda cada vez mais crescente, sem contar com a atenção de um médico psiquiatra por longos meses. Realizavam apenas atividades de psicoterapia e atendimentos grupais – afirma, com satisfação, uma entrevistada.

Essas dificuldades, entretanto, não foram suficientes para a desistência da equipe. Os profissionais relatam a história de fundação do CAPS como uma vitória própria. Eles empreenderam uma luta legítima para a conquista que obtiveram, pois a população passou a contar com um serviço estruturado, cujos registros atestam o atendimento a quase 8.000 pessoas desde sua fundação. Dessa forma, atendem sua clientela com respeito e dignidade, não mais sob a sombra de uma árvore, mas em salas reservadas, como um direito que assiste a cada pessoa.

Produto das lutas pela concretização dos direitos dos usuários, o CAPS possuía, no período da pesquisa, uma equipe completa, inclusive com uma psiquiatra e dois clínicos, embora estes atendessem psiquiatria e não clínica. São profissionais que, segundo uma entrevistada, “não têm aquele ranço de hospício em sua prática”; são, antes, profissionais comprometidos com a reforma psiquiátrica, como pudemos constatar ao realizar entrevistas e observar a atuação dos dois clínicos, pois dispensam um tratamento humanizado, focado no sujeito e não na doença, fato muito positivo para o serviço, porquanto trabalham sob a ótica da desinstitucionalização orientada pela Política Nacional de Saúde Mental. Um dos clínicos é consultor do Ministério da Saúde para a Política Nacional de Humanização

no Sistema Único de Saúde (PNH-SUS), o que, em tese, explica sua atenção humanizada à pessoa com transtorno mental.

Após cerca de oito meses da segunda reforma, o Centro passou por mais uma reforma física, quando foi construído um salão coberto e fechado, onde ocorriam as reuniões. No pátio que, segundo os entrevistados, alagava todo, ficando com água presa e inviabilizando a circulação de pessoas, foi feita uma drenagem e colocado um piso antiderrapante, pois, anteriormente, muitos dos pacientes escorregavam e caíam. Portanto, o espaço físico melhorou, embora necessite ampliar-se para dar conta da demanda sempre crescente.

Não se pode perder de vista, sob pena de ser injusto com os profissionais do CAPS, o fato de que as conquistas relativas às melhorias citadas decorrem do movimento de persistência deles, sobretudo daqueles que iniciaram sua história.

OS USUÁRIOS DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

O CAPS SER IV tinha, até o fechamento desta pesquisa (dezembro de 2008), 7.600 usuários cadastrados. Na primeira aproximação à instituição, em agosto de 2007, fomos informadas de que esse número era 6.600, aproximadamente. Embora não disponha de uma estimativa de usuários ativos, uma funcionária ressalta que o serviço atende mais de cem pacientes por dia. Eles são moradores dos bairros da SER IV e algumas pessoas dos bairros da SER V, apesar de não pertencerem ao seu distrito sanitário. Isso acontece em virtude do atendimento anterior à implantação dos outros centros na capital cearense, pois, como referido, cada CAPS era responsável pelos bairros de duas SERs. Assim, o CAPS da SER IV era responsável pelo atendimento tanto da população da SER IV como da SER V. Alguns desses pacientes, mesmo sendo moradores dos bairros da

SER V, continuavam sendo atendidos no referido CAPS em face do vínculo que estabeleceram com a equipe.

Segundo uma entrevistada, as pessoas que o CAPS atende são, na maioria, de baixa renda, ou seja, das classes mais pobres da sociedade. Apesar de não dispor desse dado por meio de pesquisas, conforme assevera, a maioria da clientela é muito pobre e alguns “chegavam mesmo a desmaiar de fome”, como foi relatado, justificando a importância do lanche na instituição.

Os primeiros usuários do CAPS eram egressos de atendimentos ambulatoriais, como o Instituto de Aposentadoria Pensão dos Bancários (IAPB) e do Instituto de Previdência do Estado do Ceará (IPEC) ou de hospitais psiquiátricos. Alguns destes, já em condições de desligamento do CAPS, não o fazem por medo de recaídas e acabam por permanecer na instituição, desnecessariamente. Para desinstitucionalizar o usuário, é realizado um serviço de desligamento desse público, denominado alta assistida, que é o desligamento gradativo do usuário, o qual passa a ser acompanhado esporadicamente até ser desligado totalmente.

De acordo com o seu projeto técnico, o CAPS visa à prevenção e à promoção da saúde mental, mediante as ações que implementa com foco numa clientela em sofrimento psíquico. Dentre as atividades de promoção e prevenção, está o trabalho desenvolvido na comunidade, a exemplo dos eventos realizados nas praças, onde os usuários fazem apresentações teatrais e exposição de arte de sua autoria. Referimo-nos a eventos como o “Tô de Lua”, que, de acordo com relatos de entrevistados, foi organizado pela equipe do CAPS na praça do bairro, mobilizando a população circunvizinha à instituição.

A proposta da Coordenação Nacional de Saúde Mental é de que os CAPS exerçam suas atividades seguindo a mesma orientação em todo o território nacional, ou seja, que o atendimento ocorra

por meio do desenvolvimento das diversas atividades grupais e individuais, desde as oficinas terapêuticas à consulta médica.

Seguindo essa orientação, o CAPS Geral da SER IV desenvolve atividades individuais e grupais. As individuais são: acolhimento, triagem, admissão, anamnese, primeira consulta, atendimento de psiquiatria individual, terapia individual, atendimento de enfermagem, atendimento socioassistencial, aconselhamento familiar, avaliação psicológica, avaliação terapêutico-familiar e desligamento ou alta.

Relativamente às atividades grupais: acolhida, grupo de mulheres, grupo de arteterapia, grupo de oficinas produtivas e artesanato, grupo de confecção de bijuterias e carpintaria e grupos psicoterapêuticos. São atividades que, embora seguindo a orientação geral do Ministério da Saúde, fazem um recorte de realidade local e adaptam às suas condições locais.

Um desses grupos é o denominado Corpo e Expressividade. Acompanhado pelo arteterapeuta é um dos poucos ao qual se teve acesso e o único que os usuários e profissional autorizaram que fotografasse. As imagens seguintes mostram um pouco do trabalho de expressão corporal com os usuários em momentos da terapia grupal.

Figura 4 – Grupo de expressão corporal: fortalecimento de vínculos



Fonte: Foto da autora.

Como uma atividade individual, mencionamos a admissão, a qual acontece por demanda referenciada, sendo agendada na recepção a primeira consulta médica, após a avaliação. Os casos de emergência são atendidos por um membro da equipe técnica (Projeto Técnico do CAPS), porém, para ser atendido no CAPS, o indivíduo precisa preencher alguns requisitos: chegar ao serviço munido de documentação de identificação e de um encaminhamento, de preferência, de um profissional de saúde, seja da rede pública ou privada, de serviço especializado ou não. O sujeito deve ter acima de dezoito anos de idade, residir em um dos bairros pertencentes à SER IV e requerer cuidados especializados de psiquiatria.

O CAPS atende, ainda, a demanda espontânea, constituída por pessoas que chegam ao serviço sem encaminhamento, mas que também dependem de atendimento psiquiátrico. De acordo com uma entrevistada, não se pode negar atendimento a quem procura o serviço. As crises não têm hora marcada para acontecer, tampouco a equipe pode se eximir de atendê-las. Respeitado o horário de funcionamento da instituição, atendem-se àqueles que a procuram.

Considerado pela Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (PNH-SUS) como a “porta de entrada” do serviço, realçamos também o processo de acolhimento. Trata-se de um dispositivo que expressa para o usuário a possibilidade de resolução ou não do problema apreendido com relação à forma que ele espera. O acolhimento deve, no mínimo, fazer uma escuta mais apurada. É um momento da escuta individual, realizado por um profissional de nível superior, em dois turnos, pela manhã e à tarde, onde são atendidos apenas pacientes que já têm prontuário aberto no CAPS, ou seja, aqueles que por algum motivo abandonaram o tratamento, mas quando entraram em crise retornaram em razão de necessitar de serviços que não estejam agendados.

Segundo a PNH-SUS, a ideia de acolhimento nos serviços de saúde já acumula uma farta experiência em diversos serviços de saúde do SUS. Tal experiência é heterogênea como o próprio SUS e tem acúmulos positivos e negativos.

No caso específico do CAPS SER IV, os médicos não fazem o acolhimento, o que foi criticado por um deles durante nossas entrevistas. Segundo referiu, ele gostaria de fazê-lo. Ainda como afirmou, faz questão de realizar o acolhimento, argumentando que o médico também deve estar nessa atividade e que esse procedimento o situa numa condição de mais igualdade aos outros profissionais, pois a categoria médica é tratada com diferenciação, por inúmeras questões. Consoante o entrevistado, o acolhimento deve ser coletivo e não individual, no sentido de fluir as informações entre os profissionais que lidam com o paciente em questão. Como ele refere, o “acolhimento na porta de entrada só ganha sentido se o entendemos como uma passagem para o acolhimento nos processos de produção de saúde”.

Como parte das atividades, também é desenvolvida no mencionado Centro a avaliação, denominada triagem, para constatar se o caso é de competência do CAPS. Ela não se dá no momento do acolhimento, na verdade, é outra atividade. Se ficar estabelecido que o indivíduo deve ser atendido pela instituição, ele é agendado para a anamnese, se não for possível realizar no mesmo dia, em virtude do elevado número de atendimentos. A anamnese é o detalhamento da sua história de vida, incluindo o início do desenvolvimento do sofrimento psíquico por meio de entrevista ao usuário. É feita por um profissional de nível superior, a quem compete o preenchimento de um instrumento técnico de registro da história do sujeito que possa esclarecer seu diagnóstico. Essa entrevista pode ser na presença de um componente familiar ou acompanhante, ou não, conforme cada caso. Alguns usuários não têm condições de relatar sobre sua histó-

ria em virtude do comprometimento mental ou emocional; nesse caso, é necessária a intervenção do acompanhante.

Feita a anamnese, ocorrente em seguida à avaliação, o usuário é encaminhado para consulta psiquiátrica, a qual identificará a psicopatologia e, então, lhe é proposto um plano de atividades terapêuticas. Este plano envolve outros profissionais no tratamento do indivíduo, embora o diagnóstico seja de responsabilidade exclusiva da psiquiatria. Após esse passo, o usuário é cadastrado na instituição, quando obtém um registro de prontuário, sob um número que o identificará, sobretudo para facilitar o manuseio de seus dados pelos diversos profissionais que o atenderão.

Assim, formulado um plano terapêutico, inicia-se o acompanhamento de psicoterapia grupal ou individual, psicofarmacológico e médico ao usuário. Este acompanhamento é aprazado segundo as necessidades do tratamento e as agendas dos profissionais. Algumas vezes, a distância entre uma consulta e outra prejudica a evolução, para melhor, do quadro do usuário. Mencionada situação é percebida, sobretudo, pela demanda crescente de usuários e pelo número reduzido de médicos no serviço.

No CAPS são prestados também atendimentos e orientações socioassistenciais aos usuários e familiares quanto aos direitos sociais e previdenciários, assim como encaminhamentos a programas, projetos e serviços. Estas atividades são executadas pela assistente social, que também realiza, tal como o psicólogo, o aconselhamento familiar. Este último é um espaço de escuta, aos cuidadores e usuários, no que se refere às dificuldades geradoras de sofrimentos, assim como um espaço de orientação às famílias sobre a compreensão do transtorno mental e de como lidar com ele.

Outra atividade é a avaliação psicológica, feita por profissional da área, em entrevista, com o objetivo de compreender a psicodi-

nâmica do usuário, com vistas à inserção na psicoterapia individual ou grupal. Trata-se de atividade específica da psicologia. Quanto à avaliação terapêutico-ocupacional, é um atendimento individual realizado exclusivamente pela terapeuta ocupacional cujo intento é desenvolver ou reabilitar as capacidades manuais e a coordenação motora prejudicada pelo adoecimento psíquico, além de identificar as potencialidades funcionais para inserção em oficinas terapêuticas ou os devidos encaminhamentos.

A alta ou desligamento é um dos objetivos do CAPS, pois há um consenso entre os profissionais, segundo o qual, não é conveniente que o usuário fique indefinidamente dependente do aparato institucional, se não houver necessidade terapêutica. Por isso é implementada a atividade de desligamento, a qual tanto pode ser solicitada pelo usuário como pelo componente familiar ou concedida pela equipe sem solicitação, se esta julgar que ele está apto a se desligar da instituição e que deve fazê-lo. Esta atividade é de responsabilidade da enfermagem. Contudo, alguns usuários, mesmo em condições de alta, não a aceitam, com a alegação de receio de recaídas. Assim, permanecem no serviço, segundo entrevistados, desnecessariamente.

Pressupõe-se não se tratar apenas de medo de recaídas, pois há toda uma questão subjetiva envolvida no processo de tratamento, desde o ingresso na instituição até o desligamento, o qual é diferente para cada usuário. A esse respeito, conforme uma entrevistada relatou, ouvia muito os pacientes dizerem: “Aqui é minha segunda casa, eu não quero sair daqui, eu quero ficar aqui sempre”, “eu dizia, ah!, eu pensava aqui, cá comigo, é claro que eu não dizia pra eles, ‘é tudo que a gente não quer que você faça’”. Nesses casos, não lhes é imposto o desligamento, mas seu atendimento fica, muitas vezes, restrito à participação em grupos terapêuticos.

Há atividades que funcionam com muita dificuldade, outras estão paradas por falta de material. O grupo de oficinas produtivas, com uma terapeuta ocupacional à frente, desenvolve trabalhos que devem ser uma forma de geração ou complementação de renda. É uma das atividades que não funcionam a contento, pois não há material suficiente para produzir e organizar formas de vendas e gerar renda, enquanto os grupos de confecção de bijuterias e de carpintaria estão desativados por falta de recursos para aquisição de materiais.

Programas de arteterapia são de responsabilidade de um arteterapeuta, que realiza atividades artísticas e culturais semanais com usuários, além de desenvolvimento de grupo, onde trabalha a expressão corporal recém - referida, segundo ele mesmo explica:

[...] esse grupo, eu comecei como arteterapeuta, o artista do CAPS, como assim é denominado na equipe, trabalhando através de tudo que tinha: de tinta, papéis, cartolinas, recortes, esculturas, tira-terapia e percebi que na hora das falas quem falava mais era o corpo e como eu me via apropriado, me via autorizado por ser estudante de fisioterapia, por ter sido até mesmo bailarino profissional, que eu não fui na minha terra, mas fiquei na Argentina por três anos e meio, [...], foi do corpo que eu sobrevivi [...] que mesmo tivesse dificuldade de dominar o espanhol, mas a coisa corporal era perfeita, então a gente começou com um trabalho de apropriação corporal [...] o nome do grupo: “corpo e expressividade” (ENTREVISTA Nº 17 – NÍVEL SUPERIOR).

O entrevistado fala de como iniciou o grupo e o porquê de dar ênfase ao trabalho com o corpo. Segundo ele, muitas pessoas não conseguem se expressar por causa de bloqueios desencadeados na vida familiar, mas em um ambiente longe da presença dos familiares começam a interagir, tentando conversar com o próprio corpo.

Nessa atividade, os usuários valorizam o caminhar, o toque em si mesmo, o olhar-se e o perceber-se etc.

Outra atividade iniciada no CAPS, em agosto de 2008, foi uma supervisão em saúde mental por um professor do Centro da Saúde, da Universidade Estadual do Ceará. Os encontros ocorrem uma vez por mês, durante o dia todo. Neles são discutidas questões relacionadas ao serviço, às angústias e ansiedades dos profissionais com relação aos limites e desafios postos pelas situações referentes à saúde da população, à cidadania, bem como à busca de possibilidades para melhorar o que precisa ser melhorado.

Quanto ao CAPS ser um local específico para cuidar de pessoas com transtornos mentais, um profissional relata:

O CAPS só cuida da esquizofrenia, do “louco”, do que joga pedra, do que fala sozinho, do que não tem juízo. Muitos deles e suas famílias já vêm com este [pensamento]. Muitos veem que o CAPS não trata só disso e tem outros que nem vêm por causa disso. Mas a maioria, eles vêm e aceitam bem [...] O CAPS é um local específico de tratamento, isso já causa um estigma, assim como os PSFs que têm um dia de atendimento pra DST, que tem a sala de atendimento pra DST, o que também gera um estigma forte. [...] isso estigmatiza e vai afastar o paciente do serviço, ele não volta mais. Como o CAPS ad: tem pacientes do ad que são só do grupo de fumantes, que não usam outras drogas, mas quando se fala CAPS ad você só focaliza cocaína, o crack, a maconha, dificilmente você focaliza o cigarro, que é uma droga, que faz mal, que mata, mas você não focaliza isso aí. [...] da forma que tem o hospital psiquiátrico já com todo o ranço histórico, o CAPS acaba absorvendo um pouco disso (ENTREVISTA Nº 4 – NÍVEL SUPERIOR).

Segundo esse profissional, que denuncia os locais de tratamento específicos como algo danoso à subjetividade do paciente e que desqualificam o usuário, muitos destes não aceitam realizar acompanhamento no CAPS por identificá-lo como um espaço específico para “loucos”, um local que marca negativamente, que estigmatiza, que causa separação entre ele e os outros. Assim, contribui para que as pessoas evitem frequentá-lo como um lugar ideal de tratamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desenvolvemos análise com o propósito de contribuir com o debate atual quanto às transformações no âmbito da saúde mental, sintonizada com a reforma psiquiátrica brasileira, considerando as informações concedidas pelo grupo de profissionais entrevistados no tocante à temática e seu entendimento do serviço de CAPS ao longo do nosso percurso de pesquisadora no CAPS SER IV.

Percebemos avanços na atenção à saúde mental, mas ainda há um longo caminho a ser percorrido no sentido de extinguir o preconceito e a estigmatização relacionados a essas pessoas. Entre os muitos motivos destacamos o fato de que nem todos os profissionais trabalham no CAPS porque se identificam com a política de desinstitucionalização, preconizada pela reforma psiquiátrica, pois muitos deles estão ali por uma questão de mercado de trabalho, por terem sido aprovados em concurso ou não terem outra opção.

Existe desarticulação entre as políticas setoriais. Isto fragiliza o acesso a uma rede que já é débil, a exemplo da dificuldade do usuário de acessar outros serviços de saúde, além do CAPS e do hospital psiquiátrico, e as propostas de desinstitucionalização preconizadas pela reforma psiquiátrica, como a atenção em espaços de cuidados abertos, ainda não suficientes para garantir um tratamento, em sentido amplo, digno ao cidadão, livre de preconceito. Desse modo,

apenas o tratamento em CAPS não responde a contento os anseios e necessidades da população.

Entretanto, não podemos deixar de considerar os avanços da política de saúde mental em Fortaleza, pois, até o ano de 2005, eram apenas três CAPS para atender a toda sua população. Por certo a reforma psiquiátrica não tinha se afirmado nessa cidade, mas apenas se anunciado timidamente por razões ligadas a interesses contrários, não apenas econômicos.

A capital do Ceará só teve seu primeiro CAPS criado oito anos depois de iniciados movimentos em prol da Reforma Psiquiátrica nos diversos municípios do Estado. Tal situação se explica, embora não se justifique, pela resistência dos grandes hospitais psiquiátricos conveniados com o SUS existentes em Fortaleza, o que não havia no restante do Estado. Assim, não seria difícil fazer a reforma onde não havia resistência.

Evidentemente, estamos distantes de um sistema de saúde que ao menos se aproxime do atendimento às necessidades de toda a população, mas não podemos deixar de referir os avanços embora lentos desse sistema, como, por exemplo, uma gestão mais sensibilizada para a questão da saúde mental (no período de realização da pesquisa), a despeito das muitas dificuldades.

Esperamos que a política de saúde mental busque superar as deficiências mais sensíveis identificadas pelos profissionais, como o fortalecimento (ou, seria melhor dizer, a constituição?) da rede de saúde na cidade, que possibilite a interlocução das políticas setoriais da saúde, pelo menos, já que pensar na intersetorialidade seria um desafio muito maior, embora necessário e possível.

Ainda como percebemos, embora muitos dos profissionais não tivessem a ideologia da reforma, passaram a gostar do trabalho após o contato cotidiano com as questões da saúde mental. Outros

procuraram capacitações na área após essa experiência no CAPS. Outros, ainda, aguardavam a oportunidade de um novo emprego na área de sua preferência, mas, enquanto essa oportunidade não chega, permanecem trabalhando no CAPS.

Propomos que, ao contratar profissionais para trabalhar na saúde mental, os gestores levem em consideração uma capacitação mínima na área, porquanto seria inviável uma seleção baseada apenas na afinidade com a política de saúde mental.

Propomos ainda que, em curto prazo, a gestão municipal realize capacitações e/ou atualizações quanto à saúde mental para que os profissionais venham a desempenhar suas atividades de cuidado com mais segurança e confiança, pois o conhecimento é condição fundamental para pensar uma efetiva desinstitucionalização psiquiátrica em Fortaleza, fortalecendo, verdadeiramente, os vínculos familiares e comunitários e não incorrendo no risco de institucionalizar no espaço aberto de cuidado.

Propomos, finalmente, que a Prefeitura Municipal de Fortaleza realize concurso público para provimento de cargos nos CAPS, diante da urgência de reposição de profissionais da área, como meio de redução de contratações precárias de profissionais, muitos dos quais se encontram nessas condições, não obstante suas titulações acadêmicas.

BIBLIOGRAFIA

BARROS, D. D. *Desinstitucionalização: cidadania versus violência institucional*. Saúde em Debate, n. 4, p. 68-76, set. 1993.

BELMONTE, P. R. et al. *Curso básico de acompanhamento domiciliar*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 1998.

BOARINI, M. L. (Org.). *Desafios na atenção à saúde mental*. Maringá: Eridem, 2000.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. *Anais da Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. OPAS: Brasília, 2005.

----- *Portaria 336/2002*. Brasília, 2002.

----- *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília, 2004a.

----- *Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção*. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília, 2007.

----- *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. Brasília, 2006.

----- *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília, 2008.

----- *A humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília: 2004 b.

----- *Legislação em saúde mental: 1990 – 2004*. Brasília, 2004

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: ABRASCO, v.4, n.2, p.393 - 403, 1999.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense - Universitária, 2006.

CASTEL, R. *A ordem psiquiátrica: a idade do ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

FONTANELLA, B. J. B. et al., Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008.

FOUCAULT, M. *História da loucura na idade clássica*. COELHO NETO, J. T. (trad.). São Paulo: Perspectiva, 2005.

GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. LEITE, D. M. (trad.), São Paulo: Perspectiva, 2005.

GOLDEMBERG, M. *A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais*. Rio de Janeiro: Record, 1997.

JODELET, D. *Loucura e representações sociais*. MAGALHÃES, L. (trad.). Petrópolis/Rio de Janeiro: Vozes, 2005.

MINAYO, M. C. de S. O conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica. In: GUARESCHI, P. ; JOVCHELOVITCH, S. *Textos em representações sociais*. 9 ed. Petrópolis/ Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

----- . *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8. ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

NICÁCIO, F. (Org.). *Desinstitucionalização*. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

OLIVEIRA, D. C. de; MOREIRA, A. S. P. (Orgs.). *Estudos interdisciplinares de representação social*. 2 ed. Goiânia: AB, 2000.

OLIVEIRA, F. B. *Construindo saberes e práticas em saúde mental*. João Pessoa: UFPB-Universitária; 2002.

PITTA, A. M. F. (Org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: HUCITEC, 1996.

----- . Os Centros de Atenção Psicossocial: espaços de reabilitação? *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 43, n.12, p. 647 - 654, dez. 1994.

ROSA, L. C. S. *Transtorno mental e o cuidado na família*. São Paulo: Cortez, 2003.

ROTELLI, F. O inventário das subtrações. In: NICÁCIO, F. (Org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: HUCITEC, 1990.

ROTELLI, F. et al. Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos países avançados. In: NICÁCIO, F. (Org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: HUCITEC, 1990.

ROTELLI, F. ; AMARANTE, P. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: BEZERRA JR., B. ; AMARANTE, P. (Orgs.). *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume/Dumará, 1992.

SAMPAIO, J. J. C. ; BARROSO, C. M. C. Centros de Atenção Psicossocial e equipes de saúde da família: diretrizes e experiências no Ceará. In: LANCETTI, A. et

al. *Saúde e Loucura: saúde mental e saúde da família*, n. 7, São Paulo: HUCITEC, s/d.

SAMPAIO, J. J. C. ; SANTOS, A. W. G. dos. A experiência dos Centros de Atenção Psicossocial e o Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica. In: PITTA, A. M. F. (Org.) *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: HUCITEC, 1996.

AVALIAÇÃO DA GESTÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA NOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO CEARÁ

Ângela Maria Leite Gomes²⁰

INTRODUÇÃO

Este capítulo consiste em avaliação qualitativa das ações da área de vigilância sanitária nos municípios do Estado do Ceará, habilitados no Sistema Único de Saúde (SUS), na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, no qual se destaca, entre outros aspectos, a fragilidade institucional da referida área.

A vigilância sanitária pode ser entendida como um conjunto de ações essencialmente técnicas, com o objetivo de promoção e proteção da saúde. Por ter, de modo geral, práticas mais ligadas à fiscalização, reduz, conseqüentemente, a compreensão de suas diversas ações ao âmbito do controle sanitário (COSTA ; ROZENFELD, 2000).

Ao ser regulamentado pelas Leis 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.142, de 28 de dezembro de 1990, o SUS incluiu em seu Art. 6º, I, a, a execução de ações de vigilância sanitária, como parte integrante, indissociável das ações que integram as políticas de saúde, não devendo se restringir apenas a uma perspectiva de fiscalização e incorporar às práticas de proteção aquelas de promoção da saúde.

20 Ângela Maria Leite Gomes. Mestra em Planejamento e Políticas Públicas pela Universidade Estadual do Ceará e Graduada em Farmácia e Bioquímica pela Universidade Federal do Ceará. Foi integrante do Núcleo de Vigilância Sanitária da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Tem experiência em saúde coletiva; alimentos; medicamentos; cosméticos e saneantes. Foi docente do Curso de Especialização em Vigilância Sanitária da Universidade Estadual do Ceará.

Como afirma Lucchese (2006), a estruturação da vigilância sanitária pelos municípios não deve ser de forma fragmentada e desarticulada dos outros setores, na concepção de vigilância em saúde, que parece oferecer metodológica e instrumentalmente avanços na reorganização do modelo de serviços, constituindo-se, atualmente, o principal desafio dos sistemas municipais de saúde. Em complementação, conforme esclarece, fica claramente perceptível a importância da vigilância sanitária como um espaço de exercício da cidadania e do controle social por sua capacidade transformadora da qualidade dos produtos e das relações sociais, que, por sua natureza, exige ação interdisciplinar e interinstitucional e a mediação dos setores da sociedade, por meio de canais permanentes.

No entanto, para uma abordagem das políticas públicas e da organização das ações e serviços de saúde, devemos considerar tanto o envolvimento de variações que dependem dos aspectos sociais, econômicos, políticos e de governo, como a dimensão do exercício do poder e a dos interesses nas propostas organizativas e eleições de prioridades para a área.

Na percepção de Cohn (2006), para o enfoque das políticas de saúde, faz-se necessária a clareza da existência de duas vertentes: a que privilegia a organização dos serviços e dos sistemas de saúde, e outra que concede ênfase aos impactos das sucessivas reformulações dos sistemas de saúde e a satisfação de suas necessidades básicas, focando sempre a necessidade dessas políticas de saúde se sustentarem nos preceitos constitucionais de saúde como “direito de todos e dever do Estado”.

Ao abordar vigilância sanitária no contexto das políticas de saúde, pretendemos levantar alguns determinantes de sua fragilidade, ao longo da história da saúde pública do país. Começamos chamando a atenção para duas linhas conceituais de vigilância sani-

tária, as quais se confrontam fortemente com o modelo estruturante do Estado de orientação neoliberal brasileiro, tais como: a) ação de fortalecimento da cidadania e da democracia; b) arena de permanente tensão e conflito, com ações que delimitam os interesses privados em favorecimento dos interesses e direitos coletivos.

Pertinente à primeira linha, relaciona-se ao raciocínio de Bodstein (2000), para quem cidadania seria o fio condutor do conflito moderno. Sem a reinvenção constante da autonomia humana, seria impossível aprofundar e ampliar os direitos na sociedade atual.

Quanto à descentralização no Brasil, outro conceito fundamental aos nossos propósitos de pesquisa, tem como característica marcante o movimento de avanços e retrocessos, dependentes das questões políticas e administrativas, características socioeconômicas e culturais dos Estados e municípios do país.

Os resultados do processo de descentralização, conforme Gerschman (2004), são bastante contraditórios. Em alguns municípios, o tipo de inovação gerencial incorporada representa um claro avanço na descentralização e implementação do SUS, mediante iniciativas da própria gestão municipal, que vão além das diretrizes federal, distrital e estadual, ao injetar recursos orçamentários próprios na implementação da política de saúde. Em outros, observa-se a implementação de programas e experiências formuladas exclusivamente no nível federal como maneira de receber recursos externos.

A descentralização das políticas sociais é caracterizada por desigualdades de toda ordem, no ritmo da formulação e decisão entre as distintas políticas setoriais, no interior de uma mesma ideia política, desigualdades entre o ritmo e os resultados da implementação e, sobretudo, na qualidade dos serviços prestados.

Relativamente à área da saúde, a descentralização se expressa, em especial, por meio da emissão de normas e portarias do Ministério da Saúde, nas quais se encontram também as ações de vigilância sanitária.

Conforme Siqueira (2001), a vigilância sanitária no contexto administrativo dos Estados e municípios é, de maneira geral, fragilizada, com tênue governabilidade. Fica, desse modo, impossibilitada de exercer sua função de promover e proteger a saúde da população, apesar dos preceitos constitucionais considerarem relevância pública a execução das ações de fiscalização e controle, objetivando a redução das doenças e outros agravos à saúde, em conformidade com a Constituição Federal brasileira.

Entretanto, concordamos com Lucchese (2006) quanto ao entendimento segundo o qual a vigilância sanitária poderá contribuir para superação do antigo modelo da saúde. Lembramos: até recentemente, a área da vigilância sanitária não era enxergada como práticas de saúde e não fazia parte de sua agenda política, sendo entendida como área de permanente conflito de interesses políticos e econômicos, principalmente nos municípios onde é alvo de interferências que a limitam.

Como observado, somente a partir de 2001, com a realização da I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, a área logrou maior visão pública e, de modo circunstancial, ser considerada como parte integrante do SUS.

Segundo detectaram autores, como Costa (1999, 2001), Siqueira (2001), Piosevan (2002), Teixeira (2005), Lucchese (2000, 2006) e Da Seta e Silva (2006), no contexto da saúde pública brasileira, as ações de vigilância sanitária são incipientes e, de maneira geral, cartoriais, contribuindo de forma ineficiente para o processo de vigilância em saúde e consolidação do SUS.

Necessário é destacar que, no período de realização da pesquisa, muitos gestores municipais priorizavam a execução das ações relacionadas à assistência médica, modelo hegemônico das políticas de saúde vigentes, situando em plano secundário o conjunto de ações do âmbito da promoção e proteção da saúde, nelas incluídas as ações de vigilância sanitária.

Essa prioridade, consoante Costa (2001), expressa o pensamento sanitário ainda dominante, apegado ao atendimento à doença, tendo a assistência médica como remédio, e revela também a negação de assistência a grande parte da população que ainda tem de lutar para conquistar esse direito. A ausência da vigilância sanitária está revelando esse modo de pensar e agir em saúde, que não incorpora os fatores de risco e os determinantes dos modos de adoecer e morrer.

Para alguns autores, a fragilidade da vigilância sanitária tem vários determinantes, dentre estes as medidas tomadas com relação a problemas contingentes, a (des) coordenação das ações sanitárias, desvinculadas das demais ações de saúde, a falta de homogeneidade da atuação governamental no território nacional, paralelamente à ausência de uma especificidade segundo as características e realidades regionais e locais, a demonstrar a ausência de uma política nacional de vigilância sanitária realista e efetiva. Essas características das políticas e ações de controle sanitário podem ser atribuídas, principalmente, à debilidade das funções do Estado brasileiro, no que se refere à saúde pública (PIOVESAN, 2002).

De acordo com Costa (2001), para a vigilância sanitária alcançar seu efetivo papel e ser reconhecida como de importância no contexto das políticas públicas de saúde, deverá estabelecer uma forte parceria com a sociedade, tanto na perspectiva do exercício pleno de sua mis-

são, a promoção e proteção da saúde, significando melhoria da qualidade de vida, quanto para o fortalecimento e consolidação do SUS.

Do ponto de vista legal a participação da sociedade na gestão do SUS já é uma realidade, sendo regulada pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a instituição, em cada esfera de governo, das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde.

Entretanto, já é consenso a afirmativa de Dallari (2000), que as mudanças sociais não derivam apenas da criação constitucional dos mecanismos que as possibilitam, mas, sobretudo, do uso de tais instrumentos. Neste sentido, como demonstram as análises empíricas, acerca dos conselhos municipais das áreas sociais, ainda é necessário superar muitas barreiras para que esses colegiados efetivem seu papel, corroborando as tensões entre a dimensão formal e legal de atuação.

Com efeito, não se pode desconsiderar o fato de que os mecanismos de acompanhamento dos conselhos, da execução das políticas, são ainda frágeis e a capacidade de intervir no rumo das políticas nos municípios ainda é bastante limitada, dependente de condições sociais, políticas e institucionais ainda não totalmente exploradas e identificadas.

Ao acompanhar o debate em torno da vigilância sanitária, elegemos como questão central da pesquisa que deu origem ao presente capítulo a seguinte: como se dão as ações e serviços de vigilância sanitária nos municípios do Estado do Ceará, relacionadas à municipalização da saúde, considerando os aspectos da infraestrutura e o nível de conhecimento dos gestores da saúde, coordenadores de vigilância sanitária e conselheiros municipais de saúde?

Quanto ao objetivo geral consistiu em avaliar obstáculos ao desenvolvimento das ações de vigilância sanitária nos municípios do Estado do Ceará, habilitados no SUS, no modelo da Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde. Especificamente, trata-se de: a)

avaliar o nível de conhecimento dos secretários de saúde, coordenadores de vigilância sanitária e conselheiros municipais de saúde, sobre o campo da vigilância sanitária; b) avaliar a infraestrutura dos serviços de vigilância sanitária nos municípios pesquisados.

Alguns pressupostos orientaram o desenvolvimento da pesquisa, tais como: a preocupante fragilidade e incipiência no estabelecimento de ações e serviços de vigilância sanitária municipais, com relação ao enfrentamento dos problemas sanitários locais, responsabilidade inalienável do Estado. Os fatores que interferem na efetividade das ações de vigilância sanitária nos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde do Estado do Ceará, na sua maioria, decorrem do desconhecimento dos gestores, dos coordenadores de vigilância sanitária e dos conselheiros municipais do campo de atuação de vigilância sanitária. Promover a constante melhoria da qualidade da prestação de serviços, quer pela inovação quer pela atuação de seus recursos humanos, quer ainda pela renovação de seus processos de trabalho, constitui o maior desafio para a administração pública municipal, principalmente na sua função reguladora na qual a vigilância sanitária tem papel preponderante. A função gerencial no setor público muitas vezes é exercida sem que o profissional passe por um processo preparatório que capacite a assumir a complexa tarefa de realizar as ações de vigilância sanitária. Somadas ao desconhecimento das ações, podemos incluir a deficiência encontrada na infraestrutura de vigilância sanitária, seja pela falta de recursos materiais ou financeiros, a não avaliação do processo de trabalho desenvolvido por esses agentes e a falta de conhecimento dos conselheiros municipais de saúde do campo de atuação da vigilância sanitária. Estes são fatores passíveis de comprometer a execução das ações de vigilância sanitária.

O PERCURSO METODOLÓGICO

No período de realização da pesquisa, 184 municípios do Ceará estavam habilitados no SUS, tendo como parâmetro o Modelo da Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, com a competência legal de: executar ações de vigilância sanitária de acordo com a Programação Pactuada Integrada (PPI) acordada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB); nomear profissionais para atuarem na área de vigilância sanitária de acordo com a necessidade da demanda local; promover a capacitação dos profissionais para atuarem na área; manter uma estrutura básica para o serviço de vigilância sanitária; alimentar o Sistema de Informação de Vigilância Sanitária e o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária; estabelecer fluxo de informação com cronograma operacional; e estabelecer sistema de acompanhamento, avaliação e controle das ações de vigilância sanitária executadas.

Realçamos a natureza qualitativa deste estudo. Apoiamo-nos em Minayo (1996, p. 105) que enfatiza a contribuição da pesquisa qualitativa e das ciências sociais aos estudos efetuados no campo da saúde, sem, entretanto, descartar a importância dos dados quantitativos. Para esta autora, “a pesquisa qualitativa é aquela capaz de incorporar o significado e a intencionalidade inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no início quanto na sua transformação, como construções humanas significativas”. As informações de natureza qualitativas revelariam, segundo a autora, os valores, as crenças, as representações, os hábitos, as atitudes e opiniões.

Esclarecemos que o universo foi composto por gestores, coordenadores e conselheiros de doze municípios, localizados nas três Macrorregiões de Saúde do Estado do Ceará. A escolha dos municípios ocorreu pelo critério populacional, considerando-se três níveis

– até 50.000 habitantes, de 50 a 100.000 habitantes e acima de 100.000 habitantes. Assim sendo, a amostra foi de natureza representativa, constou de onze secretários de saúde, doze coordenadores de vigilância sanitária e doze conselheiros municipais de saúde. Para tanto, buscamos priorizar três aspectos apontados por Minayo (1996), para fins de composição de amostras, tais como: os sujeitos sociais que detivessem os atributos que pretendíamos conhecer; um número suficiente para permitir certa reincidência das informações; o lócus do grupo de observação e informação que contivessem um conjunto de experiências e expressões que pretendíamos objetivar com a pesquisa.

Em razão da complexidade do objeto do estudo, a pesquisa foi desenvolvida em quatro momentos que, entretanto, se entrecruzam, conforme a seguir.

Primeiramente, realizamos pesquisa bibliográfica, na qual priorizamos autores como Bodstein (2000), Cohn (2005, 2006), Costa (1999, 2001), Dallari (2000, 2001), Gerschman (2004), Ivo (2001), Lucchese (2001, 2006), Minayo (1996), Piovesan (2002) e Souto (2004), entre outros.

Em segundo lugar, visávamos apreender o nível de conhecimento e das responsabilidades dos secretários da saúde, dos coordenadores da área de vigilância sanitária e dos conselheiros municipais de saúde, classificados como informantes principais. Para tanto, realizamos entrevistas semiestruturadas, com a finalidade de perceber de que modos eles entendiam o campo da vigilância sanitária e justificavam suas ações. Tal instrumento seguiu roteiro, previamente formulado, com base nas competências estabelecidas segundo preceitos legais relacionados às ações de vigilância sanitária e do SUS.

A maioria dos contatos prévios com os prováveis entrevistados foi feita informalmente, por telefone, ocasião em que foi agendado

contato com os demais informantes do mesmo município. Outras entrevistas foram mediadas por profissionais das células regionais de saúde que tinham relação mais próxima com os entrevistados. Desse modo, facilitava-se o acesso, possibilitando a referência e a nossa apresentação.

Prevíamos realizar trinta e seis entrevistas, correspondendo a doze secretários de saúde, doze coordenadores de vigilância sanitária e doze conselheiros municipais de saúde. No entanto, realçamos a impossibilidade de entrevistar um dos secretários de saúde. O fato, porém, não comprometeu os resultados da pesquisa, pois a perda foi mais quantitativa, como constatado nas reincidências de informações relacionadas à vigilância sanitária. As entrevistas foram numeradas e não identificadas. Objetivamos, com isso, resguardar suas posições sobre o assunto pesquisado.

No terceiro momento, nosso esforço de compreensão da dinâmica de efetivação das ações de vigilância sanitária conduziu-nos à pesquisa documental. Para tanto, examinamos relatórios produzidos pelos doze municípios pesquisados, tendo como parâmetro a Programação Pactuada Integrada, cujo elenco de atividades obedece à listagem da Portaria n.18/99/SAS/MS, nela incluídos os três níveis de complexidades das ações de vigilância sanitária (básica, média e alta), bem como aspectos da infraestrutura das vigilâncias sanitárias locais, permitindo um exame detalhado do ambiente, com vistas a responder ao objetivo da pesquisa e proporcionar ao trabalho uma abordagem qualitativa, levantando possíveis fatores de interferência na implantação ou implementação da vigilância sanitária nos municípios estudados.

A área geográfica onde se desenvolveu a pesquisa de campo é constituída de doze municípios, os quais foram selecionados também mediante critério populacional, considerando três faixas: até 50.000 habitantes, de 50 a 100.000 e acima de 100.000 habitantes.

Desse modo, destacam-se os seguintes municípios e respectivas Macrorregiões de Saúde do Ceará, no período da pesquisa: Barbalha, Crato, Jardim, Juazeiro do Norte (macrorregião do Cariri); Euzébio, Fortaleza, Maracanaú, Quixadá (macrorregião de Fortaleza); Ipu, Sobral, Tianguá e Ubajara (macrorregião de Sobral).

Acrescentamos que as macrorregiões de saúde são constituídas pela agregação de mais de uma região de saúde, inseridas em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores estaduais e municipais com base em identidades culturais, econômicas e infraestrutura de transportes compartilhados do território, com a organização da rede de ações e serviços de saúde capaz de assegurar o cumprimento dos princípios constitucionais da universalidade, do acesso, equidade e integralidade do cuidado, devendo favorecer a ação cooperativa e solidária entre gestores e o fortalecimento do controle social (BRASIL. Ministério da Saúde, 2006, p. 19-20).

Relativamente ao quarto momento, constituiu-se da sistematização e análise das informações geradas pela pesquisa de campo e exame de fontes documentais, conforme a seguir: 1) ordenação de dados, que englobaram as entrevistas com os informantes principais, releitura do material da pesquisa documental, organização dos relatos e dos dados referentes à infraestrutura dos serviços; 2) elaboração de unidades de registros referenciados por tópicos de informações, com vistas a subsidiar a análise de aspectos como contexto político da vigilância sanitária, descentralização, gestão, financiamento e processos de trabalho nos doze municípios pesquisados; e 3) análise final, que proporcionou uma reflexão sobre o material coletado, constituindo-se a objetivação dos dados e informações geradas pela pesquisa.

Reafirmamos, porém: de fato, a dinâmica dos quatro momentos ora referida tem caráter meramente didático, pois, na verdade, o desenvolvimento do trabalho de pesquisa acontece de forma dinâ-

mica, de modo que os momentos se entrecruzam, constantemente, em diversas ocasiões.

AS CONDIÇÕES DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO CEARÁ SOB A PERSPECTIVA DOS ENTREVISTADOS

Destacamos, inicialmente, que os doze municípios pesquisados representam aproximadamente 44% da população do Estado do Ceará que, no período da pesquisa de campo, tinha 7.862.067 habitantes, conforme o Censo de 2004, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e que nos municípios pesquisados existiam 256 profissionais atuando na área de vigilância sanitária. Destes, 105 eram de nível superior e 151 de nível médio.

O perfil profissional dos trabalhadores da vigilância sanitária

Conforme identificado, as categorias mais encontradas foram as de farmacêuticos e médicos-veterinários, mas evidenciamos também uma grande diversidade de categorias profissionais nesses municípios, somando 25 tipos, inclusive pedagogos, geógrafos e jornalistas.

Parece não existir uma racionalidade para a escolha dos profissionais da área de vigilância sanitária, nos municípios pesquisados, apesar do claro entendimento do caráter multidisciplinar e multiprofissional necessário ao desenvolvimento das ações da referida área.

Outra situação encontrada diz respeito à capacitação dos profissionais de nível superior, pois, enquanto existem municípios onde o profissional não tem conhecimento formal relativo à área, em outros, havia profissionais com mestrado na área de saúde pública, especializações em vigilância sanitária, saúde pública, gestão em saúde e cursos básicos em vigilância sanitária.

Quanto aos profissionais de nível médio, de modo geral, tem pouca escolaridade, dificultando a capacitação, que, para a área de

vigilância sanitária, requer um profissional com perfil capaz de entender a diversidade do espectro de abrangência das atividades sob regime e controle da vigilância sanitária, compreendendo meio ambiente, produtos, serviços e saúde do trabalhador.

Apenas na capital do Estado existe o cargo de fiscal sanitário de nível médio. No nosso entendimento, a inexistência de um plano de cargos, carreira e salários contribui para a fragilização das ações de vigilância sanitária, nos municípios pesquisados. A ausência da carreira de fiscal sanitário deixa os profissionais que atuam na área de vigilância sanitária sem proteção nem respaldo jurídico e político. Ademais, os salários são baixos, sendo em alguns municípios complementados por gratificações de incentivos.

Em três dos municípios onde pesquisamos, embora não exista a carreira de fiscal, foi realizado concurso público para a área da saúde contemplando a vigilância sanitária. Nos outros nove municípios, os profissionais são terceirizados, com contratação precarizada, ferindo os preceitos constitucionais de admissão ao serviço público por meio de concurso.

Em decorrência da instabilidade dos profissionais que atuam na área, observamos, na maioria dos municípios pesquisados, uma insegurança institucional para o desempenho das funções de fiscalização e controle das questões de riscos sanitários que requerem intervenção direta da vigilância sanitária.

Infraestrutura de vigilância sanitária nos municípios pesquisados

A infraestrutura de vigilância sanitária nos municípios pesquisados apresenta múltiplos problemas, os quais interferem diretamente na implementação das ações profissionais. Como foi possível perceber, a maioria dos municípios tem espaço físico adequado, no entanto, em três deles, a vigilância sanitária fica isolada da sede da

Secretaria Municipal da Saúde, longe do centro da cidade, dificultando o acesso da população ao serviço.

Outra questão relevante, considerada entrave às ações de vigilância sanitária, diz respeito à ausência de telefones, situação observada em dois municípios; um utiliza o telefone público, instalado na calçada externa do prédio, o outro, o telefone geral da Secretaria.

Foram identificados dois municípios onde a vigilância sanitária não tem acesso à internet. É mais um entrave, pois impossibilita aos profissionais buscar informações que contribuam para a melhoria do desempenho profissional e do serviço.

Por sua vez, a questão do transporte para a área de vigilância sanitária foi considerada pelos entrevistados como um grave problema, pois a maioria tem disponibilidade compartilhada com outros setores da Secretaria e o Serviço de Vigilância Sanitária não é a prioridade. Como bem colocou o entrevistado C6: “Falta transporte, dependendo do carro do PSE, a VISA fica em terceiro plano”.

Entre as situações de entrave, conforme percebemos, a insuficiência de pessoal para a área da saúde, em especial, para o desenvolvimento das ações de vigilância sanitária, é de extrema apreensão, pois em determinado município, apesar de pequeno porte, havia apenas um profissional no serviço, inclusive exercia a função de coordenador. Nestas condições, qualquer tentativa de implementação de alguma ação relacionada ao risco sanitário local torna-se inviável, ficando a população exposta e desprotegida, no seu direito constitucional à saúde, relegado ao plano de leis e normas não cumpridas.

No Quadro 1, a seguir, consta a estrutura operativa dos serviços de VISA, com a conseqüente interferência no desenvolvimento das ações nos municípios no período da pesquisa. Foram encontradas diversas situações, desde estruturas bem montadas e adequadas, com

suporte total do gestor, até serviços totalmente isolados, sem comunicação com a própria Secretaria e, menos ainda, com a população local.

Quadro 1- Infraestrutura dos serviços de vigilância sanitária nos municípios do Ceará, 2007

Estrutura	Sim	(%)	Não	(%)
Instalações adequadas	9	(75)	3	(25)
Equipamento informática exclusivo	5	(42)	7	(58)
Equipamento informática com Internet	10	(83)	2	(17)
Veículo para uso exclusivo	5	(42)	7	(58)
Veículo compartilhado	8	(67)	4	(33)
Recursos humanos suficientes	-	-	12	(100)
Formulário p/ aplicação de legislação	12	(100)	-	-
Telefone / Fax	10	(83)	2	(17)

Fonte: Pesquisa direta.

Gestão de vigilância sanitária nos municípios pesquisados

As dificuldades institucionais dos serviços de vigilância sanitária do Ceará, assim como os entraves à operacionalização das ações

são variados, conforme evidenciamos na pesquisa e expressamos por meio do Quadro 2, a seguir.

Quadro 2 - Aspectos da gestão da vigilância sanitária nos municípios pesquisados, 2007

Gestão	Sim	(%)	Não	(%)
Cadastro atualizado dos estabelecimentos	-	-	12	((100))
Parceria com o LACEN para realização de análises laboratoriais	12	((100))	-	-
Assessoria jurídica na vigilância sanitária para orientação dos atos administrativos	1	((8))	11	((92))
Planejamento das ações de vigilância sanitária	2	((17))	10	((83))
Articulação intersetorial no município	3	((25))	9	((75))
Articulação com a vigilância sanitária estadual (NUVIS/CERES)	12	((100))	-	-

Fonte: Pesquisa direta.

As condições ora expressas nos levam a concordar plenamente com as posições dos entrevistados, quando eles afirmam:

Assim não tem condições de trabalhar e continua-se fazendo de conta que existe vigilância sanitária, quando na realidade as ações não são realizadas, são incipientes (ENTREVISTA A6).

Na minha visão a vigilância sanitária tem que atuar, o problema é o Sistema que não deixa funcionar e a população tome chibata. Na vigilância sanitária, não existem conquistas. Tem um limite e não é só na minha cidade é o Sistema. Não atende a demanda porque não tem ferramentas, não há interesse das autoridades (ENTREVISTA C4).

Sobre o sistema de informação, esse se restringe exclusivamente ao cadastramento dos estabelecimentos, estando desatualizado, sem estabelecer rede que possibilite apressar as informações e consequentes condutas de promoção e proteção à saúde da população.

Identificamos a existência de parceria entre o Laboratório Central e os municípios pesquisados para realização das análises dos programas de controle da qualidade de produtos. Pela escassez de laboratórios regionais, no entanto, para dar suporte às demandas municipais, o referido laboratório, que é localizado na capital, fica sobrecarregado, com a consequente limitação do número de análises, fragilizando a intervenção das vigilâncias sanitárias no controle dos riscos sanitários.

No tocante ao poder administrativo de polícia que se concretiza na elaboração de normas jurídicas e técnicas e na fiscalização do seu cumprimento, conforme identificamos em quase todos os municípios pesquisados, os agentes sociais principais têm pouca visibilidade desse papel, como ação de Estado, e normalmente sofrem a interferência político-partidária, a caracterizar mais uma perda de poder da população, que, na maioria das vezes, precisa da intervenção do Estado para sua proteção. Torna-se, assim, mais excluída de seus direitos sociais.

Vários coordenadores de vigilância sanitária apresentaram como justificativa para a pouca intervenção o uso do poder administrativo de polícia, com exceção dos casos iminentes de agravos à saúde da população e de conhecimento público, a atuação da vigilância sanitária como agente educador e parceiro no desenvolvimento de uma consciência sanitária capaz de efetivar mudanças de condutas permanentes no setor regulado. Embora isso não exclua o dever de intervenção da vigilância sanitária, quando necessário,

para proteger a população de práticas clientelistas e patrimonialistas, da pouca participação social e da abusiva falta de responsabilidade pública da maioria das pessoas que ofertam produtos e serviços sob fiscalização e controle da área.

É indispensável os gestores locais de saúde compreenderem que riscos estão presentes nos diversos objetos de vigilância sanitária, e para o desempenho do seu papel, o poder administrativo de polícia constitui um dos meios para a consecução da sua finalidade, a promoção e proteção da saúde da população.

Outro fator identificado relaciona-se à concretização dos atos administrativos emanados das ações de vigilância sanitária, como, por exemplo, auto de infração sanitária, interdição de estabelecimentos, produtos e ou serviços fragilizados pela ausência – na maioria dos municípios estudados – de assessorias jurídicas que lhes deem suporte, ficando a ação inconclusa no seu trâmite técnico-jurídico-legal, com conseqüente descrédito do serviço no contexto político-social. Isto foi confirmado no depoimento dos entrevistados:

Não temos assessoria jurídica, consultamos o NUVIS ou utilizamos a procuradoria da Prefeitura, que não dá resposta e nem tem alguém que entenda da parte sanitária, os processos administrativos são arquivados ou nem são iniciados (ENTREVISTA B5).

Preferimos estabelecer parcerias e trabalhar com a educação, tentando mudar os costumes, explicando, orientando. Assim temos mais resultados, porém é devagar (ENTREVISTA B9).

Alguns municípios executam ações intersetoriais e interinstitucionais apenas como demanda de problemas sanitários focais,

esporádicos e de repercussão, que extrapolam os limites do Serviço de Vigilância Sanitária. Entre estes, por exemplo, participar de investigação de surtos causados por alimentos, as denominadas doenças transmitidas por alimentos (DTAs), competência operacional da vigilância epidemiológica.

Constatamos, por meio da pesquisa, que está plenamente consolidada a parceria entre as vigilâncias sanitárias estadual (NUVIS e CERES) e municipais; existe um processo firmado de cooperação técnica e assessoria.

Não identificamos, porém, nenhuma atividade que estabelecesse integralidade de ações de vigilância sanitária com outras áreas da saúde e outros órgãos afins. São exceções apenas dois municípios nos quais a área de endemias e controle de vetores se encontra na vigilância sanitária.

A VIGILÂNCIA SANITÁRIA SOB VÁRIOS OLHARES: GESTORES, COORDENADORES E CONSELHEIROS

Gestores e coordenadores

Ao analisarmos as respostas dos secretários da saúde e coordenadores, com relação à capacitação na área de saúde pública, observamos que apenas dois deles, em cada grupo, não possuíam conhecimento formal. Podemos inferir, pois, que a maioria dos entrevistados possui visão macro das questões relacionadas à área da saúde pública do país.

Quanto à capacitação na área de vigilância sanitária, apenas três dos secretários da saúde têm conhecimento sobre a área e nove coordenadores possuem capacitação específica. Essa observação pode remeter à compreensão de algumas dificuldades gerenciais dos coordenadores à implementação das ações de vigilância sanitária nos municípios.

Relativamente à importância atribuída pelos secretários de saúde à VISA no sentido da promoção e proteção da saúde, eles são unânimes em considerá-la relevante para a promoção e proteção da saúde. Os posicionamentos verbalizados pelos Secretários de Saúde e coordenadores de VISA acerca da promoção e prevenção da saúde expressam a existência de uma clara percepção a este respeito, conforme depoimentos a seguir. Eles afirmam:

Importante para a construção do SUS. A Vigilância Sanitária tem recebido pouca prioridade no Sistema (ENTREVISTA A5).

Considero muito importante, a VISA é prevenção. Acho uma das ações mais importantes na área da saúde (ENTREVISTA B10).

Essencial, estamos envolvidos em todo trabalho de promoção da saúde da população, como prevenção de riscos sanitários. Mas precisa fortalecer o papel e melhorar as condições de atuação (ENTREVISTA B1).

Muitíssimo importante. Através dessas ações tem-se o diagnóstico da situação de saúde do município. Com uma visão mais ampla de saúde. Tenta fazer promoção, não é fácil (ENTREVISTA B2).

Considero importantes as ações de VISA. Beneficiam a qualidade de vida, propiciam uma melhoria de saúde, com ações voltadas para a promoção (ENTREVISTA B4).

Concernente à efetivação do processo de descentralização, observamos, mais uma vez, a unanimidade de respostas, à exceção de apenas um dos secretários de saúde entrevistados. Para os demais secretários e o total de coordenadores, ocorreu melhoria da qualidade de vida da população nos municípios, com o desenvolvimento das ações de VISA.

As respostas dos secretários de saúde e coordenadores de VISA reforçam a efetivação e as condições da descentralização das ações dessa natureza nos municípios, como expressam as afirmações seguintes:

Considero que nenhuma ação acontece sem articulação e integração com a VISA, que trabalha para proteger a saúde. O desafio é descentralizar a VISA para o PSF, que faz atenção básica (ENTREVISTA A9).

Houve uma evolução, no meu município a VISA tem mais autonomia, consegue executar as ações, dentro de sua competência. Sem descentralização com autonomia dificulta para execução das ações. Não foi uma descentralização efetiva. Não existe um sistema organizado nos três níveis de governo. Não se fala a mesma linguagem, não tem comunicação, não tem recursos (ENTREVISTA B5).

Assumimos as ações básicas de VISA, tendo dificuldade operativa, pela equipe reduzida, não dá conta. Não existem recursos humanos, materiais e financeiros (ENTREVISTA B11).

Ainda sobre a descentralização, embora alguns dos entrevistados a perceba como estratégia importante para a resolução dos problemas sanitários locais, é possível identificar que as posições a este respeito são distintas: há gestores de saúde que injetam mais re-

ursos orçamentários do próprio município na implementação das ações de vigilância sanitária, enquanto outros percebem a necessidade, porém faltam-lhes condições financeiras, e outros esperam recursos externos, principalmente os federais.

As declarações da maioria dos secretários de saúde, associadas às dos coordenadores de VISA, demonstram a clareza do entendimento da descentralização adotada pelo Estado, na área da saúde, que objetivou especialmente a transferência de responsabilidades para os municípios, sem o correspondente pacto da gestão e definição de uma política de financiamento, recursos humanos, especialmente para a área de vigilância sanitária.

Até o final de 2006, dos 184 municípios do Estado do Ceará, 156 apresentaram Programação Pactuada Integrada, no entanto, pela condução do processo organizacional dos serviços de vigilância sanitária observado nos municípios, podemos perceber que a referida adesão parece ser um procedimento da gestão relacionado ao cumprimento de uma formalidade legal.

A PPI constitui o instrumento de pactuação das ações de vigilância sanitária, entre Estado e municípios, na CIB. Os doze municípios estudados pactuaram as ações básicas, no ano de 2006, com o compromisso de execução de 80% do universo cadastrado.

Ao analisar as PPIs, verificamos que os municípios apresentaram 35% do elenco das ações básicas de vigilância sanitária, constantes na Portaria n.18/99/SAS/MS.

Constitui-se procedimento prioritário, conforme declaração dos municípios, a fiscalização em comércio de medicamentos (drogarias) e alimentos, como também em terreno baldio. Ao computar, por exemplo o número de terrenos baldios, foram encontrados cerca de 48.045. Diante dos dados, é possível levantar-se dúvidas quanto

ao cumprimento de metas, especialmente porque dois municípios não cadastraram a atividade.

Verificamos, também, que seis, entre os doze municípios pesquisados, apresentaram proposta na CIB para execução das ações de vigilância sanitária, classificadas na Portaria n. 18/99/SAS/MS, como de média complexidade, entretanto, foram observadas dificuldades operativas quanto ao cumprimento das metas pactuadas.

Apesar dos avanços obtidos como o uso do instrumento de pactuação, as vigilâncias sanitárias dos municípios estudados ainda não consolidavam uma cultura de planejamento, e, embora o enfoque da rotina estivesse orientado para o cumprimento das metas quantitativas pactuadas, foi observado que a PPI não é o documento referencial para subsidiar a programação das atividades de execução das ações de vigilância sanitária locais.

A programação prioriza na sua demanda de ações o critério de atendimento de denúncias, liberação de licença anual de funcionamento (alvará sanitário), coletas de amostras para análises de água de abastecimento, segundo cronograma fechado, com número de amostras pactuadas com o Laboratório Central, numa média de 10 amostras/mês, independentemente do porte do município. Existe, porém, pouca articulação entre o trabalho de vigilância sanitária e o contexto epidemiológico, político e social do território sobre o qual ela atua, e, por conseguinte, desconsiderando os fatores de risco existentes, os quais deveriam, como missão, ser priorizados objetivando sua eliminação, diminuição ou efetivo controle.

Referente ao financiamento de vigilância sanitária, de acordo com a maioria dos entrevistados, existem recursos. No entanto, ao analisarmos as respostas abertas, todos apontam este como problema crítico e reconhecem que não está definida uma política de financiamento para a área.

Mais uma vez, os secretários de saúde e coordenadores de VISA entrevistados expressaram posições semelhantes sobre os recursos financeiros para o desenvolvimento das ações de VISA.

Admitimos, todavia, ser necessário evidenciar as declarações de quase todos eles, uma vez que consideraram insuficientes os recursos financeiros para o custeio e investimento da área, principalmente pelo modelo de repasse dos recursos federais, efetuados pelo critério per capita/habitante/ano, porquanto, mais de 85% dos municípios do Estado do Ceará têm menos de 50.000 habitantes.

A clareza do entendimento da problemática relacionada ao financiamento é exemplificada por meio das declarações de alguns dos entrevistados, conforme a seguir:

Não foi construída, no próprio SUS, uma política de financiamento para vigilância sanitária, que se constitui o primo pobre, muito pobre. Não existe também um pacto para a área. O financiamento da vigilância sanitária não cobre o pagamento de um técnico, tendo o município de arcar sozinho com o custeio, manutenção e investimento do serviço. Além do mais, a vigilância sanitária não é prioridade de Estado. Precisa ser estabelecida uma política de financiamento para a área, pois assim não tem condições de trabalho e continua-se fazendo de conta que existe vigilância sanitária, quando na realidade as ações não são realizadas, são incipientes (ENTREVISTA A6).

Absolutamente não existe financiamento para a vigilância sanitária. Sendo algo imoral. Não querem que se faça vigilância sanitária. Sempre o tesoureiro do município goza na minha cara quanto ao valor do repasse (ENTREVISTA A7).

Pouco investimento do Ministério da Saúde, descentralizou os serviços e não descentralizou recursos na mesma proporção. O município não tinha o hábito de fazer este gasto com a vigilância sanitária. O repasse não paga o salário de um técnico, não dá suporte para infraestrutura. O município tem que bancar todos os serviços, não dá conta de fazer (ENTREVISTA A11).

Apenas um dos entrevistados considerou que os recursos repassados para ações de VISA “seriam suficientes se todo [...] fosse aplicado na área, sem desvios” (ENTREVISTA B7). Consideramos importante relatar essa posição, para que possibilite uma reflexão sobre a questão levantada, e como estão sendo conduzidas as políticas públicas no país, com repercussão direta sobre os cidadãos, principalmente os mais dependentes das ações do Estado.

A falta de independência orçamentária dos serviços de vigilância sanitária municipais foi observada como crítica, tendo sido mencionada pela maioria dos coordenadores de vigilância sanitária nos doze municípios estudados. Em geral, os dirigentes dependem de negociações políticas a cada vez que necessitam de recursos para realizar suas atividades, como ilustrado na afirmação a seguir:

Não temos gerenciamento sobre os recursos financeiros, todas as necessidades de manutenção e custeio da infraestrutura, por exemplo, transporte, material de consumo, equipamentos de suporte das inspeções, são solicitados e negociados com o gestor, o que considero entrave, pela demora e lentidão para ser atendido (ENTREVISTA B8).

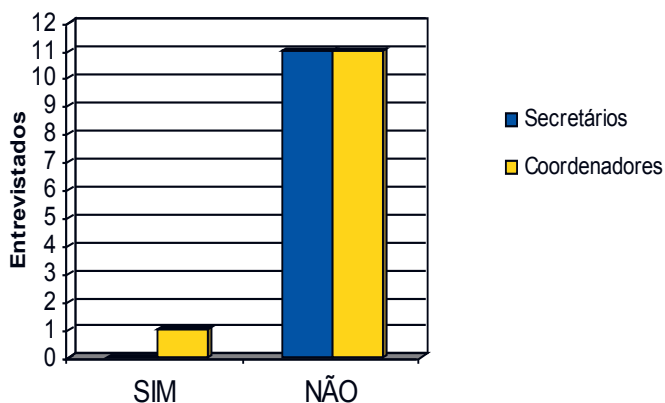
De modo geral, a frágil governabilidade na área da vigilância sanitária identificada nos municípios pesquisados é fator relevante que in-

terfere de forma direta na capacidade da área no exercício de sua finalidade precípua, isto é, a promoção e a proteção da saúde da população.

Relativamente ao gerenciamento dos recursos financeiros repassados para a área, todos os coordenadores de VISA entrevistados declararam não ter autonomia a este respeito. A questão é considerada entrave à consecução das ações de VISA, demonstrando, também, a pouca autonomia administrativa (governabilidade) dos serviços de vigilância sanitária municipais.

No Gráfico 1, a seguir, expomos a opinião dos entrevistados sobre a insuficiência dos recursos financeiros para a área de VISA. Apenas um dos coordenadores os considera suficientes, com uma ressalva declarada na resposta aberta, se fossem todos aplicados na área de VISA.

Gráfico 1 - Gestão da VISA, segundo secretários de saúde e coordenadores



Fonte: Pesquisa direta.

Em referência ao processo de avaliação das ações de vigilância sanitária, consoante alguns entrevistados, em seus municípios era realizado o processo. No entanto, conforme foi constatado, todos estavam referenciando a verificação do cumprimento específico das metas pactuadas, com obrigatoriedade de apresentação de relatórios trimestrais.

Avaliação trimestral, não é difícil desde que sistematizada. A união deve ser articulada (ENTREVISTA A9).

A avaliação é realizada através de relatório das atividades para o cumprimento das metas pactuadas (ENTREVISTA B2).

Executamos para acompanhamento de metas. Toda 6ª feira tem reunião com os técnicos. É rotina (ENTREVISTA B6).

Esporadicamente em reuniões são comentadas as dificuldades do setor. Anualmente é avaliado através de um relatório de cumprimento de metas, impacto das ações, não (ENTREVISTA B4).

A avaliação é realizada de acordo com o que foi pactuado, sendo realizado trimestral, seguindo a PPI (ENTREVISTA B8).

A cada três meses, consolida a PPI, cumprimento de metas, impacto [...] . Não pela dificuldade de infraestrutura (ENTREVISTA B11).

É perceptível a semelhança das respostas dos secretários da saúde e dos coordenadores de vigilância sanitária acerca dos processos de avaliação das ações. Não obstante a semelhança das respostas e posicionamentos, a avaliação ainda não constitui prática sistemática na área, sendo entendida apenas como análise quantitativa das

metas pactuadas, sem considerá-la como ação de impacto no contexto da saúde da população. Ainda não foram formulados indicadores aptos a serem usados como parâmetros, a não ser o número de licença sanitária de funcionamento (alvará sanitário) liberado, muitas vezes, como resultado de ações cartoriais e não de uma avaliação do risco sanitário.

Consideramos o fato como um grande entrave ao fortalecimento das vigilâncias sanitárias, especialmente no plano municipal, a ausência da sistematização do processo de avaliação, que favoreça um constante feedback na conduta de promoção e proteção da saúde, bem como na reorientação dos processos de trabalho, que levem a resultados mais impactantes.

Conforme concluímos, ainda é necessário, nos três níveis de governo, maior diretriz e efetivação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, com o objetivo de proporcionar incentivo ao uso de ferramentas de planejamento, monitoramento e avaliação. Somente assim, a vigilância sanitária poderá ser entendida como área essencial e parte integrante do SUS.

Conselheiros municipais de saúde

Concernente à importância da VISA para a promoção e proteção da saúde, os conselheiros entrevistados foram unânimes em avaliá-la por este prisma. Eles afirmam:

[...] Muito necessário ao município, principalmente a parte de fiscalização e denúncia. Contribui com a melhoria da qualidade da saúde da população (ENTREVISTA C1).

É importante, ajuda a prevenir as doenças, vigia desde água até os alimentos. O pontapé inicial da saúde é a prevenção. Cuida da saúde de maneira preventiva. Grandes parceiros

na prevenção da saúde. Melhor prevenir do que remediar. Só com a assistência já é tarde (ENTREVISTA C2).

Excelente, só assim tiveram uma tomada de decisão nas ações básicas, nas comunidades. Por exemplo, do uso do hipoclorito. Contribuiu para diminuição das diarreias. Distribuição permanente do hipoclorito na Secretaria da Saúde (ENTREVISTA C3).

Muito importante, as autoridades não apoiam as ações de VISA. Animais doentes, leite tirado de gados doentes, por exemplo, vacas com brucelose. As autoridades de saúde deveriam se preocupar com a VISA, para melhorar a atuação, com condições de trabalho, e cobrar as ações (ENTREVISTA C4).

Importante, a atuação principalmente em municípios menores é limitada, com interferência político-partidária. Os gestores não têm interesse em investir na VISA, não tem receita de muita significação e não tem recursos do próprio município para investir (ENTREVISTA C5).

Para proteger a saúde é importante. Para a política é um nó, conserto que perde votos. É difícil, não é fácil (ENTREVISTA C6).

Importante no controle de medicamentos, parceria com a ANVISA. E principalmente em relação à fiscalização de medicamentos e alimentos (ENTREVISTA C7).

É importante. Acho que deveria ser mais descentralizada, inclusive no PSF. Ação básica é intersetorial. As ações deveriam ser interligadas com datas fixas. Cada PSF fazendo vigilância sanitária (ENTREVISTA C9).

Totalmente importante. A partir dela pode acontecer as coisas benéficas. A VISA liga a promoção à saúde. Sem VISA não há prevenção (ENTREVISTA C10).

Muito importante. Sem ela não se resolvem os problemas. Através dela[da VISA] se consegue organizar as coisas do meio ambiente, limpeza, problemas que afetam os moradores. Sem ela não se consegue resolver e saber como tratar dos problemas (ENTREVISTA C11).

Muito importante, porque a VISA vê muitas coisas que mudam para melhor. Instalações sanitárias dos estabelecimentos, orientam quanto à vacina. Dar uma apertada para melhorar (ENTREVISTA C12).

Apesar da compreensão dos conselheiros de saúde sobre a importância da vigilância sanitária para a promoção e proteção da saúde, de modo geral, é confuso o entendimento das competências específicas das ações de vigilância sanitária, percebidas como saneamento básico, poluição ambiental, zoonoses, pocilgas, vacarias, alimentos, medicamentos, vacinas, enfim, quase todos os problemas locais de saúde.

Para a apreensão do conhecimento dos conselheiros sobre vigilância sanitária e políticas públicas de saúde, consideramos imprescindível a abordagem, nas entrevistas, de assuntos relacionados: ao Subsistema de VISA; à participação dos conselheiros municipais de saúde nas decisões das políticas de saúde locais, à influência dos conselhos nas questões referentes à VISA; e à inclusão da VISA nas pautas de discussões dos conselhos.

Na análise das respostas dos conselheiros com relação ao conhecimento do Subsistema de VISA, apenas um deles declarou não o conhecer.

Como evidenciado, a área de VISA já tem certo grau de visibilidade junto aos conselheiros de saúde nos municípios pesquisados, conforme as respostas dos entrevistados:

A VISA precisa de apoio por parte do governo federal, principalmente nos municípios pequenos (ENTREVISTA C1).

Acho que a VISA é importante, relacionada às questões das práticas de vida das pessoas, não só ações diretas à saúde. Presente em 100% da vida da população, uma área abrangente (ENTREVISTA C5).

Inspeciona o comércio, farmácia, postos de saúde, terreno baldio. Por mais que tente não dá conta (ENTREVISTA C6).

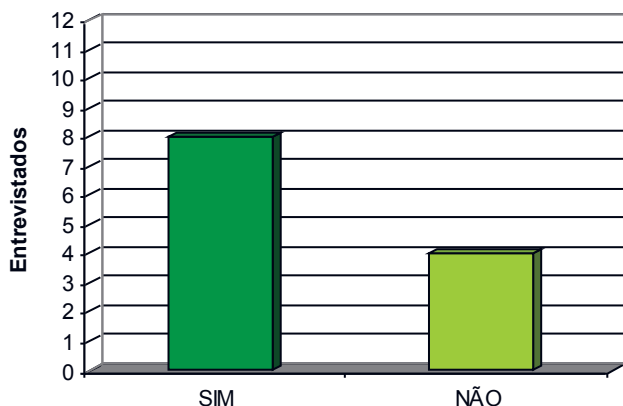
Funciona de modo regular. Não há uma integração com os usuários (ENTREVISTA C7).

Conheço mais ou menos. Eu acho que a VISA deveria ser mais atuante, no ponto de vista de divulgar mais, para a população ser mais conhecedora dos riscos. Às vezes as pessoas que poderiam corrigir não fazem nem ideia do risco de ter um chiqueiro ou um curral de gado na porta da cozinha (ENTREVISTA C12).

No Gráfico 2, a seguir, é interessante observar que a maioria dos conselheiros refere fazer parte dos conselhos de saúde dos seus municípios, assim como das tomadas de decisões relacionadas à política de saúde. Ao analisar as respostas abertas, percebemos a exis-

tência de situação contraditória quando a maioria dos informantes asseverou a existência de interferência política.

Gráfico 2 - O poder de decisão dos conselheiros municipais de saúde e o controle social



Fonte: Pesquisa direta.

Observamos, também, a percepção de que a vigilância sanitária apesar do seu papel importante nas políticas públicas de saúde, pelo seu caráter fiscalizador e de controle, é considerada entrave político. Isto conduz a um comportamento político-institucional de isolamento e pouco investimento na área. E, também, por seu caráter essencialmente preventivo, contraria interesses hegemônicos de mercados, tornando-se área de permanente conflito, como ilustrado a seguir:

Tudo que for relacionado à área da saúde passa pelo CMS; se não for aprovado, não caminha (ENTREVISTA C1).

Os conselheiros são fiscais, e são considerados pelo secretário como muito exigentes, principalmente os usuários (ENTREVISTA C2).

Sim, se tiver a denúncia, vai para discussão (ENTREVISTA C3).

Não. No meu município, não tem participação (ENTREVISTA C4).

O CMS é bem atuante, tudo é levado para o CMS. Em VISA só algumas questões focais, pontuais, por exemplo, dengue (ENTREVISTA C5).

Sim, participam das decisões. Discutem e na reunião de gestores, e deliberam (ENTREVISTA C6).

Sim, até porque os conselheiros são representantes legítimos da população (ENTREVISTA C7).

Se o Conselho de Saúde deliberar e o secretário não quiser, não é feito. O presidente do Conselho de Saúde é pessoa de confiança do prefeito. Se a vigilância sanitária atuar no comércio, não tem liberdade. Tem interferência política (ENTREVISTA C8).

Com certeza o conselho tem participação na área da saúde, conforme paridade. Todos os indicadores de saúde são passados no conselho. Não faz política partidária. Existem conselheiros de todos os níveis. As ações de vigilância sanitária são cobradas no conselho [...]. Queremos deixar a semente da cidadania (ENTREVISTA C9).

Chama a área da saúde, lê, discute e aprova o plano da gestão. As pessoas do CMS já enxergam o poder que têm. Dentro do CMS tem Câmaras Técnicas com força de inter-

venção. O Secretário [de Saúde] não é mais o presidente do conselho, é um usuário. Apesar da relação de força, diminuiu a influência política. O Secretário [de Saúde] não tem autonomia, só faz o que o prefeito quer (ENTREVISTA C10).

Sim, muitas vezes resolve algumas coisas, aprova (ENTREVISTA C11).

Não, tem alguns problemas que o CMS não aprova. E são acatadas as decisões tomadas no CMS (ENTREVISTA C12).

Ainda no concernente à participação, a maioria dos entrevistados afirma já ter participado de eventos na área de vigilância sanitária, em todos os municípios estudados. Os relatos a seguir são reveladores das condições de participação dos conselheiros. Eles dizem:

Já trabalhei três meses na VISA (ENTREVISTA C1).

Como sou também radialista, tenho participado das campanhas de VISA (ENTREVISTA C2).

Particpei da oficina do PDVISA e do encontro com a CA-GECE (ENTREVISTA C4).

Já participei de inspeções em parceria com a VISA (ENTREVISTA C5).

Já participei de inspeções com a VISA, para atender reclamações da população sobre problemas de sujeira no hospital, posto de saúde, na merenda escolar (ENTREVISTA C6).

Nunca participei (ENTREVISTA C7).

Ações de combate à dengue, palestras educativas, cuidados com a água, cuidados higiênicos (ENTREVISTA C8).

Algumas vezes na área ambiental (ENTREVISTA C9).

Em encontros na Regional de Saúde (ENTREVISTA C11).

Em reuniões mensais e em dois seminários em Fortaleza (ENTREVISTA C12).

Os conselheiros afirmam também que já exercem certa influência nas questões relacionadas à VISA, conforme relatos a seguir:

Deveria ser melhor implementada. Reconheço que o CMS poderia contribuir mais com as ações de VISA, o que falta é maior integração e comunicação; cada conselheiro é um soldado, um representante da saúde, precisa ter o conhecimento (ENTREVISTA C2).

Com a VISA é excelente, também com o PSF, com os agentes de saúde, as questões são discutidas e todos são ouvidos (ENTREVISTA C3).

Não existe, deveria existir, lamento porque não existe. As pessoas que assumem os cargos de confiança não têm autonomia. Obedecem a chefia maior (ENTREVISTA C4).

Constante e contínua não existe. Existe uma abertura, sem sistematização (ENTREVISTA C5).

Graças a Deus tem. Sempre são apontadas as questões de saúde (ENTREVISTA C6).

Sim, não só específica de VISA e sim da saúde em geral (ENTREVISTA C7).

O CMS se restringe às pautas colocadas na reunião. Nunca foi colocada uma questão sobre VISA. A VISA trabalha promoção, não tem interesse para gestor (ENTREVISTA C8).

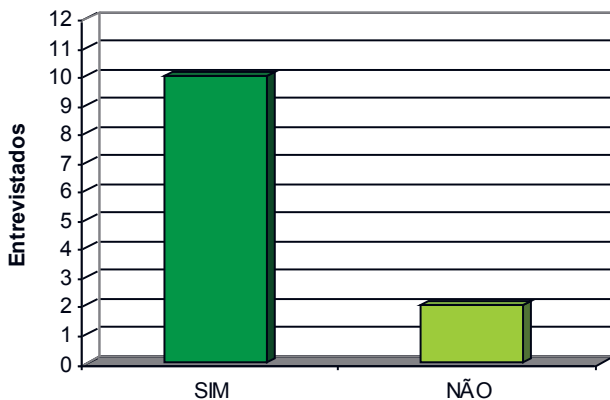
A VISA participa de todas as reuniões do Conselho Municipal de Saúde. O Conselho Municipal de Saúde tem influência nas questões de VISA (ENTREVISTA C10).

Parceria bem consolidada com a VISA. Com a nova secretaria, melhorou bastante, é uma articuladora. Vai amenizando os problemas e traz para o conselho, e resolve (ENTREVISTA C11).

Não existe (ENTREVISTA C12).

No que diz respeito à inserção de vigilância sanitária nas pautas dos conselhos municipais de saúde, fica evidente que na maioria dos municípios são abordadas questões relacionadas ao tema, conforme o Gráfico 3, a seguir.

Gráfico 3 - Inclusão da VISA nas pautas dos Conselhos Municipais de Saúde



Fonte: Pesquisa direta.

Os conselheiros ratificam a presença da vigilância sanitária nas pautas de reuniões dos conselhos municipais e exemplificam as ocasiões em que isso ocorreu, segundo exposto nestes comentários:

Sim, tem pautas que discutem as questões de VISA (ENTREVISTA C1).

Por exemplo, sobre matadouro. Cobro e brigo para maior atuação nos mercantis, não só nos grandes, como nos pequenos. E maior atuação da VISA na periferia onde mora o perigo. Farmácias de periferias, em relação aos medicamentos vencidos, farmácias clandestinas. Cobram muito a intersectorialidade entre VISA e Secretaria de Serviço Público (lixo, esgoto). Sem parceira não funciona, sem ação integral a ação não funciona (ENTREVISTA C2).

Sempre que tem reclamações discutem a pauta e conversam e consta na ata das reuniões. Vem a portaria para a VISA. Exemplo: criatório de porcos, cobrança do CMS e ação de VISA (ENTREVISTA C3).

Demais, aborda as questões de VISA. Na minha visão a vigilância sanitária tem que atuar. Quem sabe das mágoas da população é o conselho (ENTREVISTA C4).

Por demanda, não muito frequente. O funcionamento da VISA é precário, não deslancha, não caminhou nesse município. Tem que dar continuidade (ENTREVISTA C5).

Sempre e todos se colocam, com direito a voz. A maioria das vezes tem solução. O problema maior era o lixo, mas houve a reserva do lixão com coleta diária (ENTREVISTA C6).

Não faz parte da pauta (ENTREVISTA C7).

De VISA nunca foi tratada no CMS. Nunca teve demanda. Deve ser incentivada a capacitação dos conselheiros (ENTREVISTA C8).

Sim, o CMS não faz política. Se aparecer as questões, aparecem as ações (ENTREVISTA C9).

Sim, se aparece o CMS discute (ENTREVISTA C10).

Sempre existe, por exemplo, discussão sobre o lixo. E a VISA está no CMS (ENTREVISTA C11).

Sempre tem questões relacionadas à VISA, cobrança do saneamento básico, mercado da carne, matadouro público, comercialização da carne e a forma como é exposta à venda nos frigoríficos. Se é que se pode chamar de frigorífico (ENTREVISTA C12).

Na visão dos conselheiros, as questões relacionadas a saneamento básico (lixo, esgoto), pocilgas, vacarias e matadouros são responsabilidades exclusivas da vigilância sanitária, isto é, da área da saúde. Constituem-se, porém, problemas interinstitucionais, envolvendo Secretarias do Meio Ambiente, Agricultura, Serviços e Obras e Infraestrutura, entre outras. Ao longo da história do país, esses problemas fazem parte de um cenário que se perpetua com pouca ação do Estado. Desencadeiam doenças crônicas sem tratamento capaz de promover a cura, deixando a população exposta a situações de riscos permanentes.

Os conselheiros entrevistados reconhecem a existência de entraves para o desenvolvimento das ações de VISA nos municípios. Entre estes, elencam-se os aspectos relacionados a infraestrutura, capacitação e questões político-partidárias. Como principais depoi-

mentos dos conselheiros a tal respeito, realçamos a existência dos seguintes entraves à qualidade dos serviços de vigilância sanitária:

Existem entraves políticos, na VISA não entendem o processo. A VISA tem que ter mais autonomia, recursos financeiros, humanos, transporte oficial, sem precisar terceirizar. Ter sede própria, ampliação da contrapartida (ENTREVISTA C1).

Falta compromisso das políticas públicas por parte dos gestores, também por parte dos técnicos de VISA. Falta mais capacitação, desde o mais simples ao mais graduado. Integração, desde o motorista que leva a equipe. Os interesses da VISA devem estar acima dos interesses políticos. Tem que ser profissionais de carreira, comprometidos com a saúde. Melhorar a postura ética e profissional. Capacitação é o item mais importante (ENTREVISTA C2).

Sim, às vezes vai cobrar dos estabelecimentos. Ninguém gosta de ser reclamado. O CMS considera que a VISA trabalha bem, primeiro conversa, depois cobra (ENTREVISTA C3).

Sim, não tem entrosamento com a população. O poder não tem interesse na VISA, porque é prevenção (ENTREVISTA C4).

Muitos, entraves políticos. Faltam recursos financeiros, mobilidade dos profissionais (ENTREVISTA C5).

Muitos. A maioria dos gestores brinca de fazer VISA. Mas quando tem algum problema a culpa é da vigilância sanitária. Não existe uma ligação entre os secretários, principalmente a Secretaria de Educação. Relação difícil entre a VISA e a Educação, nos colégios tem problemas de limpeza, presença de morcegos, problemas com a merenda escolar e a VISA tem pouca atuação. Não se consertam erros passando a mão na cabeça (ENTREVISTA C6).

Não é do meu conhecimento a existência de entraves (ENTREVISTA C7).

Sim, tem vários, principalmente porque a vigilância sanitária trabalha muito nos comércios. Não tem liberdade para trabalhar, se atuar, o comerciante usa o prestígio político. Interferência política. Exemplo: uma pocilga se for da oposição tudo é resolvido, se for da situação não resolve nunca. É uma questão da gestão. O serviço de vigilância não é bem-visto pela gestão que acha que atrapalha (ENTREVISTA C8).

Entrave político, embora tenha diminuído bastante. Precisa de um plano de ação, com objetivos, metas e avaliação (ENTREVISTA C10).

Precisa de treinamento, para conseguir melhorar as coisas, é necessário ter educação. Falta equipamento, sem condições não se faz bom trabalho. Se todo mundo não se engajar, como vai dar certo? (ENTREVISTA C11).

Condições precárias de trabalho, faltam veículos, mais técnicos, ferramentas de trabalho, questão financeira. Falta de comunicação com a população (ENTREVISTA C12).

Observamos grande avanço nas atitudes dos conselheiros municipais de saúde nos municípios pesquisados, apesar da pouca escolaridade de alguns dos entrevistados. Ainda se faz necessário, entretanto, como já bem explicitado com o apoio do referencial teórico, o aprofundamento do conhecimento dos conselheiros sobre a área específica de vigilância sanitária e demais setores da saúde. Ainda é necessário superar muitas barreiras políticas para que os Conselhos de Saúde efetivem seu papel de controle social.

Percebemos também a necessidade de a vigilância sanitária “promover ações que contribuam para elevar a consciência sani-

tária da população”, promover capacitação dos conselhos, prestar esclarecimentos sobre seu papel na promoção e proteção da saúde, como parte integrante do SUS e ação indelegável de Estado. Tudo isto, sem perder, no entanto, o referencial da existência da “crise de identidade” dos movimentos sociais, pelo enfraquecimento de sua capacidade de organização e mobilização política.

Em síntese, como expressam as posições dos conselheiros entrevistados, a vigilância sanitária é percebida como importante para a promoção e proteção da saúde, porém não é uma área de interesse, na maioria dos municípios, sendo considerada pela maioria das autoridades locais um entrave político.

CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

O objetivo de saber como estavam sendo implementadas as ações de vigilância sanitária nos municípios do Ceará, em 2007, levou-nos a compreender que, como um todo, o SUS, ao longo de mais de vinte anos, denotava uma baixa capacidade organizacional e gerencial. Em algumas áreas específicas da saúde, como a vigilância sanitária, o interesse é marcadamente superficial, com predominância do isolamento institucional e preservação de modelos tradicionalmente hegemônicos, que favorecem os interesses de mercados, portanto, contrários aos interesses do bem-estar coletivo. Em consequência, há um reforço à consolidação de políticas clientelistas e patrimonialistas, de pouca participação social e, geralmente, de desastrosa falta de ética e responsabilidade pública.

Segundo evidenciamos ao contextualizar a vigilância sanitária como política pública de saúde, as ações de promoção e proteção da saúde, embora constitucionalmente um direito e um dever, ficam cada dia mais esvaziadas de representatividade. Agravam-se os pro-

blemas relacionados à oferta de produtos e serviços sem qualidade, à ineficiência das ações de fiscalização e controle e, de forma geral, fragiliza-se a autoridade pública, a qual, longe de promover a igualdade de tratamento, a democracia, reproduz a desigualdade, e assim favorece segmentos de maior poder.

Considerando os aspectos político-institucionais, sobressai a necessidade premente da implementação da Política Nacional de Vigilância Sanitária, com efetivação do Sistema Nacional, mediante articulação das três esferas de governo, para dar sustentabilidade ao projeto de municipalização das ações de vigilância sanitária, porquanto a descentralização dessa área não pode ser vista como as demais áreas da saúde. Isto é, não pode ser “terceirizada”, como se tem feito com a assistência à saúde, por ser uma ação indelegável de Estado.

Consideramos, ainda, de permanente importância contextualizar a vigilância sanitária do Ceará, no cenário das políticas públicas de saúde, focando sua fragilidade nas sucessivas reformas administrativas, com impactos negativos à consolidação das estruturas estadual e municipais, evidenciada pela quebra do caráter da integralidade e equidade das ações e serviços.

Os resultados encontrados expressam o fato de que as vigilâncias sanitárias dos municípios pesquisados, independente do porte, são fragilizadas. Nesse aspecto, destacamos: a limitada capacidade operativa, com profissionais carentes de capacitação, temerosos do enfrentamento dos problemas sanitários locais e, como consequência, da instabilidade institucional, pela ausência de um plano de cargo, carreira e salários. A pouca governabilidade e poder dos gestores, indispensável para a produção de mudanças na realidade social, constitui entrave político para a maioria das autoridades locais, marcadas pelo pouco investimento, por todos os níveis de governo e

pela ausência do pacto da gestão e de uma política de financiamento que lhe dê sustentação.

Estas dificuldades podem ser bem compreendidas se considerada a baixa capacidade de regulação e controle do poder público, nas três esferas de governo, uma característica do país.

Evidenciamos, também, a ideia de que os secretários de saúde e coordenadores de vigilância sanitária detêm conhecimento macro sobre as políticas públicas de saúde, incluindo a percepção da importância da vigilância sanitária como ação de promoção e proteção da saúde da população.

Reforçamos o entendimento segundo o qual a descentralização das ações e serviços de saúde é irreversível e que, como parte integrante do SUS, a vigilância sanitária deverá ser assumida e implementada em todos os municípios do Estado do Ceará. Não pode ser esquecido o preceito constitucional que não isentou qualquer uma das esferas de governo da obrigação de proteger, defender e cuidar da saúde, sendo responsabilidade comum da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios.

É necessário também destacar a noção de que a vigilância sanitária se situa na chamada “arena reguladora”, que envolve interesses muitas vezes fortes, nem sempre sendo possíveis o consenso e a coesão na implantação das políticas públicas de saúde, que deveriam considerar sempre o interesse do bem-estar coletivo.

Observamos uma evolução nos posicionamentos dos conselheiros municipais de saúde, tendo sido representados nos municípios pesquisados por segmentos dos usuários, de governo e de profissionais da saúde. Constatamos que há boa articulação e trânsito nas diversas áreas de saúde, embora na área da vigilância sanitária seja ainda um processo dependente de maior esforço para consolidação da parceria e articulação.

E, como já explicitado, ainda são indispensáveis o aprofundamento do conhecimento e a maior capacitação dos conselheiros sobre a área específica de vigilância sanitária e demais setores de saúde, para que eles “superem muitas barreiras políticas” e efetivem seu papel no controle social.

Por se tratar de uma ação inerente ao Estado, percebe-se que não existe vigilância sanitária desvinculada da política local, regional e nacional, com a conseqüente interferência direta no modelo institucional e operativo.

Encontramos situações que confirmam os pressupostos levantados, com ênfase na fragilidade institucional e pouca governabilidade das ações e serviços de vigilância sanitária, no contexto das políticas públicas locais. Na prática, ainda permanece a conformação da vigilância sanitária não ser considerada, de fato, como ação de Estado, nem parte integrante do SUS, onde a exclusão e o isolamento das instituições que promovem e protegem os direitos sociais da população são marcantes. Evidenciamos, assim, o favorecimento do poder econômico que interfere de modo abusivo, no sistema normativo, na cultura institucional e no modo de condução da política setorial, uma tradição no país.

A pesquisa possibilitou a montagem de um panorama da situação da vigilância sanitária no Estado do Ceará, no momento da pesquisa, porquanto as informações e dados produzidos contêm o conjunto de experiências e expressões das ações e serviços, com todas as suas peculiaridades e reincidências. Logo, podem ser generalizadas, em vários aspectos, para outras unidades federadas do Brasil. No entanto, como foi possível também evidenciar, as condições da área no Estado do Ceará pouco se diferenciam das do país em referência à questão da gestão da vigilância sanitária e da própria política de saúde.

Concluimos, também, que a área de vigilância sanitária do Estado do Ceará constitui um processo político em elaboração, e requer esforços dos três níveis de governo para sua concretude e efetivação.

Com base nos resultados apresentados ao longo deste capítulo, recomendamos o seguinte:

- A sistematização das discussões, em encontros, debates e fóruns, sobre um diferente plano de ação e uma política de financiamento para a área, envolvendo os que fazem a saúde e os demais segmentos organizados da sociedade, com o objetivo de viabilizar mudanças profundas no quadro atual da vigilância sanitária do Estado.

- Uma nova e ampla discussão dos profissionais de saúde, em parceria com a sociedade, para maior cobrança da implementação da Política Nacional de Vigilância Sanitária, com definição das relações e responsabilidades sanitárias das três esferas de governo, para o fortalecimento da área, como ação de Estado.

- Maior organização dos profissionais de vigilância sanitária, objetivando cobrar a capacitação para os que atuam na área, especialmente nos municípios, com participação das três esferas de governo, de forma contínua, com promoção de cursos de longa e curta duração, para formação de profissionais competentes para o exercício de seus papéis, com maior segurança técnica e capacidade resolutive, na promoção e proteção da saúde da população, inclusive com maior integração e articulação com as universidades, como também com outros órgãos formadores.

- A cobrança, de forma articulada com a sociedade, da estruturação do Sistema de Informação em Vigilância Sanitária, não só para facilitar o trabalho dos serviços, nas três esferas de governo, bem como para disponibilizar instrumentos que facilitem as tomadas de decisões, planejamento, monitoramento, avaliação e a interligação da vigilância sanitária aos demais sistemas do SUS.

- O redirecionamento das práticas de vigilância sanitária, incorporando as demandas sociais locais e regionais, inclusive com o incentivo à efetiva participação da população.

No nosso entendimento, só um projeto formulado coletivamente poderá superar a fragilidade e fragmentação das ações e serviços de vigilância sanitária e das demais áreas da saúde, na perspectiva de proporcionar novos caminhos que viabilizem mudanças efetivas na saúde e na vida da população.

BIBLIOGRAFIA

BODSTEIN, R. C. de A. Complexidade da ordem social contemporânea e redefinição da responsabilidade pública. In: ROZENFELD, S. (Org.). *Fundamentos da vigilância sanitária*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria no. 18/99.SAS/MS, 2006.

COHN, A.; ELIAS, P. *Saúde no Brasil: políticas e organização dos serviços*. São Paulo: Cortez, 1996.

COHN, A. O SUS e o direito à saúde: universalização e focalização nas políticas públicas de saúde. In: LIMA, N. T.; GERSCHIMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (Orgs.). *Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

----- . O estado das políticas de saúde: implicações e fatos. In: CAMPOS, G. W. de S. (Org.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: HUCITEC/Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

COSTA, E. A.; ROZENFELD, S. Constituição da vigilância sanitária no Brasil. In: ROZENFELD, S. (Org.). *Fundamentos da vigilância sanitária*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

COSTA, E. A. *Vigilância sanitária: proteção e defesa da saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1999.

----- . Política de vigilância sanitária: balanço e perspectivas. *Anais da Conferência Nacional de Vigilância Sanitária*. Brasília: ANVISA, 2001.

DALLARI, S. G. Organização jurídica da administração pública em saúde. In: ROZENFELD, S. (Org.). *Fundamentos da vigilância sanitária*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

----- . A vigilância sanitária no contexto constitucional e legal brasileiro. *Caderno de Saúde*, v. 4, Belo Horizonte, 2001.

GERSCHMAN, S. (Org.). *A democracia inconclusa: estudo da reforma sanitária brasileira*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo de 2004.

IVO, A. B. L. As transformações do Estado contemporâneo. *Cadernos CRH*, Universidade Federal da Bahia, n. 35, jul./dez. 2001.

LUCCHESI, G. *Globalização e regulação sanitária: os rumos da vigilância sanitária no Brasil*. Tese de doutoramento. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

----- . A vigilância sanitária no Sistema Único de Saúde. In: DE SETA, M. H.; PEPE, V. L. E.; OLIVEIRA, G. O. de (Orgs.). *Gestão e vigilância sanitária: modos atuais do pensar e fazer*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

LIMA, N. T.; GERSCHIMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (Orgs.). *Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1996.

PIOSEVAN, M. F. *A construção política da Agência Nacional de Vigilância Sanitária*. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

SIQUEIRA, J. C. M. Gestão em Vigilância Sanitária. *Caderno de Saúde*, vol. 4. Belo Horizonte, 2001.

SOUTO, A.C. *Saúde e política: a vigilância sanitária na história do Brasil (1976-1994)*. São Paulo: SOBRAVIME, 2004.

TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J. S. Modelo de atenção à saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. In: ROZENFELD, S. (Org.). *Fundamentos da vigilância sanitária*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

ENTRE A RAZÃO E A ESPERANÇA: SERVIÇOS DE SAÚDE SEGUNDO HISTÓRIAS DE VIDA DE PESSOAS ACOMETIDAS DE ESCLEROSE MÚLTIPLA

Ana Paula Ferreira Coelho²¹
Liduína Farias Almeida da Costa

INTRODUÇÃO

Este capítulo propõe uma discussão acerca da utilização dos diferentes sistemas de cura e das diversas formas de redimensionamento das sociabilidades por pessoas acometidas de esclerose múltipla²². Destaca, especialmente, as interações entre profissionais e pacientes no campo da saúde, os papéis dos grupos e associações constituídos por essas pessoas com fins de fortalecimento pessoal.

Relativamente às bases bibliográficas que deram suporte à pesquisa que originou o capítulo, ressaltamos Martins (2003) e Capra (1982), por possibilitarem entendermos, mais claramente, as noções de sistemas de cura, Kisnerman (1986), Freire et al. (1992), Enriquez (1994) e Rodrigues (1981), entre outros autores de diferentes linhas teóricas, cujas leituras facilitaram o entendimento acerca do vínculo grupal nas relações sociais e no campo da saúde. Na efetuação da pesquisa de campo, priorizamos a técnica do relato oral, a qual, segundo Queiroz (1988), é a mais apropriada, em razão

21 Ana Paula Ferreira Coelho. Assistente Social pela Universidade Estadual do Ceará, com Especialização em Terapias Integrativas e Complementares, pelo Centro Universitário ATENEU. Presidiu a Associação dos Amigos e Portadores de Esclerose Múltipla do Ceará e foi membro do Conselho Local do Hospital Geral de Fortaleza.

22 Doença crônica e degenerativa do sistema nervoso central.

de utilizar a palavra falada. Ao considerar que a autora exemplifica diversos caminhos por onde se pode seguir na busca da informação transmitida oralmente, optamos pela história de vida. Conforme Queiroz (1988, p. 20), esta consiste no “relato de um narrador sobre sua existência através do tempo, tentando reconstruir os acontecimentos que vivenciou e transmitir a experiência adquirida”. De acordo com Pereira (2000), essa técnica permite maior exploração da história individual dentro da realidade social na qual ela está inserida, pois torna possível um maior aprofundamento, novas investigações e questionamentos, o que não seria conseguido com outras técnicas de pesquisa.

No processo de coleta de dados, utilizamos – com a permissão prévia de todos os entrevistados – a gravação de relatos orais sobre as narrativas de suas histórias de vida, possibilitada pelos muitos encontros realizados no segundo semestre de 2005, no intuito de atingir a profundidade necessária à compreensão das narrativas. Estas ocorreram nas residências dos entrevistados, posteriormente ao estabelecimento de uma relação de total confiança com eles, como também depois da aprovação do Projeto de Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, cujas exigências incluem a assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos sujeitos da pesquisa.

Durante a análise das gravações encontramos em Minayo (1992) os suportes adequados a uma aproximação à hermenêutica-dialética. Tal método, segundo esta autora, busca a compreensão do sentido da comunicação entre os seres humanos, dentro de seus contextos. Os dados produzidos foram analisados em sua forma real, preservando-se a intersubjetividade como núcleo orientador da investigação.

Além desta introdução, o presente capítulo consta de outras três seções. Na segunda desenvolvemos breve discussão conceitual

sobre os sistemas de cura já configurados ou em processo de instituição na modernidade, como também efetuamos rápida abordagem acerca da dinâmica de formação dos vínculos grupais, e ainda sobre as associações constituídas coletivamente por pacientes com diagnósticos específicos. Na terceira seção apontamos diferentes modalidades de grupo e associações de apoio aos pacientes acometidos de esclerose múltipla existentes no Brasil, incluindo as comunidades virtuais. A quarta seção dedica-se à análise de dados e informações produzidos com os sujeitos da pesquisa referentes às suas histórias de vida, focando, porém, com maior intensidade, os caminhos percorridos por eles no âmbito dos serviços de saúde, até chegarem ao diagnóstico. Realçamos os impactos psicossociais da doença, formas de acesso aos serviços de saúde e proteção social, suas buscas por tratamentos complementares em diferentes sistemas de cura e o desenvolvimento de formas de sociabilidade e espiritualidade como meios de “viver com a doença”. Entre as considerações finais, destacamos as seguintes: as alterações no cotidiano das pessoas com doença crônica; a importância das relações construídas no plano das socialidades primárias; a procura por saúde e bem-estar nos tratamentos complementares oriundos de diversos sistemas de cura, os quais se aliam à esperança na ciência e na espiritualidade.

SISTEMAS DE CURA NA MODERNIDADE

A cura sempre foi praticada, ao longo dos tempos, por meio de diversas técnicas terapêuticas, sendo estas, em sua maioria, de natureza holística. Ao contrário do modelo alopático, com seu enfoque puramente físico, tais técnicas se utilizam de rituais e cerimônias, na tentativa de influenciar a mente do paciente, com vistas a estimular seus poderes de cura que possui, como todos os organismos vivos (CAPRA, 1982).

Com base nisso, apresentamos os principais sistemas de cura utilizados no Brasil e no exterior, tais como: os bio-orgânicos, os biopsíquicos, os xamânicos e os bioenergéticos, as vivências mágicas e alucinatórias, incluindo as pesquisas tecnológicas (MARTINS, 2003).

Nos sistemas bio-orgânicos, encontra-se a alopatia (terapia pelos contrários) e a homeopatia (terapia pelos semelhantes); o mais conhecido é o sistema alopático, fundado no método anatomoclínico, do qual também faz parte a fitoterapia, que, apesar de natural, utiliza os mesmos princípios da terapia pelos contrários. Ambos reivindicam a mesma origem (Hipócrates), mas o sistema alopático apoiou-se no paradigma biocartesiano para se desenvolver, reduzindo o fenômeno da cura a uma guerra na qual as dimensões ritualística e social no tratamento da doença foram abandonadas (Id., Ibid.).

Quanto aos sistemas biopsíquicos, conforme Martins (2003), inicialmente se destacaram com a hipnose e com a psiquiatria, adquiriram grande visibilidade com a psicanálise de Freud, entre os séculos XIX e XX. Neste último século, o desenvolvimento de novas psicologias e técnicas criadas pelos discípulos de Freud ou por pesquisadores e terapeutas inspirados por ele deram grande impulso a esses sistemas de cura, contribuindo para a sua popularização.

Relativamente aos sistemas populares, Martins considera tratar-se daqueles que se desenvolvem fora da medicina oficial, mas que a apoiam e apropriam-se de suas inovações para gerar processos de cura no meio popular. São os famosos conselhos de familiares e amigos sobre algum medicamento ou tratamento que lhes serviu e que supõem servir para o outro, indicando-os, sem a procura por um profissional de saúde. Também os conhecimentos médicos domésticos, com seus chás, emplastros, receitas caseiras, entre outros, e que são transmitidos de geração em geração, fazem parte de tal sistema.

Bem próximo aos sistemas populares estariam os sistemas xamânicos, enquanto heranças de culturas tradicionais que continuam participando do processo de constituição das sociedades nacionais (MARTINS, *Ibid.*). O que essas tradições têm em comum é a crença segundo a qual os seres humanos fazem parte de um sistema ordenado, e que a doença resultaria de alguma desarmonia com relação à ordem cósmica. A cura se tornaria possível com “a recuperação da harmonia, ou do equilíbrio, dentro da natureza, nas relações humanas e nas relações com o mundo dos espíritos” (CAPRA, 1982).

Quanto aos sistemas bioenergéticos, estes conquistaram grande prestígio nas últimas décadas. Sua origem aponta tanto para o ocidente, com as terapias reichianas, como para o oriente, com os sistemas subseculares oriundos da China, a exemplo da acupuntura, ou da Índia, como a ioga e a massagem ayurvédica, os quais foram bem aceitos no imaginário médico ocidental (MARTINS, *op. cit.*).

Como afirma Martins, ora citado, em face das mudanças evidenciadas quanto aos paradigmas médicos, tais sistemas de cura tendem a se reorganizar dentro de novos modelos de gestão da saúde, com base nas tendências opostas representadas pelas pesquisas biotécnicas de ponta e as vivências mágicas alucinatórias.

A primeira tendência indicaria uma crescente tecnificação dos modelos médicos dominantes, quase que uma engenharia de órgãos. No entendimento do autor, as pesquisas de engenharia genética, em sua maioria, pertencem a grandes empresas e laboratórios interessados em adquirir o conhecimento que lhes permita comercializar as descobertas, cujas patentes possuem.

A segunda tendência reforçaria a dimensão mágica das práticas médicas, as quais passam a ser progressivamente atraídas pelos rituais místicos e pelo valor da relação interpessoal entre curador e doente. Nisso percebe-se um aprofundamento das tradições xamanís-

ticas, que colocam o doente em proximidade com “seres superiores”, capazes de ajudá-lo na superação de suas enfermidades.

Sem estabelecer um raciocínio maniqueísta quanto aos modelos médicos oficiais, este mesmo autor nos direciona a entender que a medicina é composta por uma pluralidade de noções e conceitos, os quais muito variam, dificultando a compreensão do fenômeno. Este é constituído pelas significações instituídas, formadas pelas organizações públicas e privadas, regulamentações jurídicas e profissionais, crenças teóricas etc. No lado contrário, têm-se as significações instituintes segundo as quais as representações não são expressamente visíveis por estarem inseridas no cotidiano dos atores sociais, num campo de práticas e movimentos ambivalentes e espontâneos, de surgimento e aniquilação de técnicas e crenças em torno da cura, perceptíveis sob diversas formas de expressões culturais e sociais.

Não podemos esquecer as práticas consideradas alternativas ou complementares, às quais retornaremos adiante. Para Martins (Ibid.), os sistemas de cura alternativos respondem a uma demanda social que entende a doença com dois sentidos: o primeiro, diz respeito à necessidade de cuidados médicos, sendo também um conjunto de determinações físicas, existenciais, psíquicas e espirituais; em segundo lugar, a sensação gerada pela aproximação do ser humano com a morte, que a tecnologia médica não pode resolver.

As procuras por práticas alternativas, conforme o autor em referência, exprimem os anseios não satisfeitos pela biomedicina moderna e contribuem para que as pessoas em situação de adoecimento ampliem as demandas aos sistemas de cura disponíveis, mesmo que entrem nas dimensões mágicas e alucinatórias.

Por sua vez, multiplicam-se várias instâncias de apoio, a exemplo de grupos criados nos contextos das instituições de saúde, como

também a formação de associações e comunidades virtuais ou reais que congreguem pacientes, com diversos diagnósticos geralmente de doenças consideradas sem cura.

Essa realidade que, em outras palavras, pode significar as buscas de paciente por novas formas de sociabilidades, impele-nos a refletir sobre algumas formulações teóricas acerca dos processos grupais, em diferentes linhas.

Quanto aos grupos em geral, realçamos o posicionamento de Kisnerman (1986), segundo o qual a formação de um grupo se dá quando vários indivíduos se juntam e começam a interagir, passando, em seguida, para a fixação de objetivos por eles delimitados. No entendimento de Freire et al. (1992), embora os objetivos sejam parecidos, cada indivíduo é único e vai a cada momento (re) afirmando sua identidade no espaço onde se encontra, porque a identidade do sujeito é produto de suas relações com os outros e o meio onde se insere. Segundo Enriquez (1994), nesta construção do grupo, é imprescindível um projeto comum, baseado num sistema de valores interiorizado pelos seus membros, com vistas a ultrapassar o estágio de plano e chegar ao estágio da realização. De acordo com este autor, a existência do grupo requer apoio em alguma representação coletiva, em um imaginário social comum; vai além do querer em grupo, mas se sentir experimentando coletivamente a mesma necessidade de transformar sonhos em realidade concreta e buscar os meios adequados para conseguir isso.

Destacamos, também: as associações em geral desempenham importante papel na construção coletiva e com a redemocratização do país, os movimentos e organizações sociais tiveram seus espaços participativos assegurados, resultantes de lutas sociais empreendidas pelos mais diversos atores sociais, que objetivavam a conquista de direitos e espaços de participação social (GOHN, 1997). Esta au-

tora evidencia a emergência de novo tipo de associação – as organizações não governamentais (ONGs) – entidades sem fins lucrativos que emergem na década de 1990, e atuam para a promoção e o desenvolvimento de grupos em situação menos favorecida, mediante relações baseadas em direitos e deveres de cidadania. Entram, assim, num espaço onde o poder público não tem conseguido exercer seu papel com eficiência, restando à sociedade civil agir, o que tem feito com muita propriedade (GOHN, 1997).

No caso específico da saúde, as formas associativas em geral têm contribuído significativamente no sentido da expansão de direitos e/ou do seu cumprimento, como vem ocorrendo com relação às pessoas acometidas de esclerose múltipla

ASSOCIAÇÕES DE PESSOAS COM ESCLEROSE MÚLTIPLA: A BUSCA DE DIREITOS E CONFIGURAÇÕES DE VÍNCULOS SOCIAIS

Com sua imensa territorialidade e população, o Brasil possuía, à época da pesquisa, um contingente aproximado de 25.000²³ pessoas acometidas de esclerose múltipla. Para dar conta deste expressivo número de pacientes, faz-se necessário haver estruturas de apoio aptas a possibilitar uma vida mais digna e integrativa e é por meio de grupos e associações de apoio que isso é conseguido.

Em pesquisa realizada junto à Associação Londrinense dos Portadores de Esclerose Múltipla, foram identificados trinta grupos e associações de apoio no Brasil, com a seguinte distribuição: dois na

23 Conforme Moreira et. al. (2004, p.30), de acordo com dados epidemiológicos referentes a 1995/1996, calculados a partir de casos identificados por Callegaro e colaboradores, em São Paulo, a prevalência da doença girava em torno de 15 casos por cada 100 mil habitantes. Os autores presumem que estes números traduziriam uma prevalência média no país.

região Norte, quatro no Nordeste, quatro no Centro - Oeste, cinco no Sul e quinze no Sudeste. Em termos percentuais, 66,6% dos grupos estão localizados nas regiões Sul e Sudeste. Esta última concentra 50% dessa estrutura de apoio. Mencionadas estruturas de apoio iniciaram-se com a Associação Brasileira de Esclerose Múltipla, fundada em 1984. Trata-se de entidade reconhecida de utilidade pública pelos governos federal, estadual e municipal, a qual mantém como foco central suas atividades em São Paulo, onde existe um centro de convivência com excelente estrutura. Diante disto, pessoas de todo o país anseiam por “filiais” em suas respectivas regiões.

No Estado do Ceará, descobrimos, por meio da pesquisa que dá suporte ao presente capítulo, a existência de uma associação dessa natureza. Após várias tentativas de localização do seu espaço físico, obtivemos a informação (através de *e-mail*) de que essa instituição não tem sede física e mantém um espaço no meio virtual (internet) por meio do qual ocorre a interação com seus associados.

Conforme percebemos, em face das novas tecnologias, cada vez mais se modernizam as formas de relações. O advento da internet traz consigo a ampliação das possibilidades de interação de pessoas dos mais diversos lugares do mundo, que se afinam com objetivos específicos. Criam-se imensas comunidades virtuais, passando a interagir de forma muito próxima, mesmo quando não se conhecem fisicamente.

Consoante as comunidades virtuais estão a demonstrar, com o avanço da tecnologia, foi possível mais uma forma de vínculo grupal. Com isso, entendemos que a necessidade de relações sociais impulsiona o fenômeno mundial dos grupos virtuais, nos quais as mais variadas pessoas vivenciam uma sociabilidade muito singular, uma vez que, dificilmente, se encontrariam pessoalmente algum dia. Porém, dentro deste espaço tão ímpar, cada pessoa vivencia rela-

ções que influenciam no seu cotidiano, seja este virtual ou, mais frequentemente, real.

No plano das relações firmadas no chamado mundo real, buscamos a compreensão dos direitos assegurados por leis às pessoas acometidas de esclerose múltipla, por meio do sistema de proteção social do país, no caso do Brasil, o sistema de Seguridade Social, cujos pilares são a saúde, a previdência social e a assistência social, possibilitando o entendimento sobre a extensão dos direitos sociais e fundamentais que, por leis, são assegurados a essas pessoas.

No entanto, segundo considera Oliveira (2003), o modelo de seguridade social implementado no Brasil não chegou a constituir, na prática, um sistema integrado, pois cada um dos três pilares é fragmentado no seu processo administrativo, organizativo, sobretudo no tocante aos orçamentos. A saúde, com base no texto constitucional, é dever do Estado e direito dos cidadãos. Com relação à previdência social, só terá direito a ela aquele que contribuir. Finalmente, a assistência social será dada a quem dela necessitar, independente da contribuição.

Assim, foi possível identificarmos as garantias asseguradas aos indivíduos acometidos de esclerose múltipla, conforme a seguir: a) concernentemente à saúde, provendo o acesso periódico aos serviços de saúde para efetivo controle e acompanhamento da doença mediante atendimento ambulatorial, exames especializados, tratamento adequado nos períodos de crise e entre crises, outras formas de tratamentos complementares como a fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia e outros, assim como a garantia de órteses e próteses; b) respeitante à previdência social, o auxílio-doença e a aposentadoria por invalidez quando ocorrer comprometimento profissional; c) relativamente à assistência social, destaca-se o Benefício de Prestação Continuada (BPC), não exclusivamente em razão da doença,

mas também por se tratar de atenção a segmentos populacionais considerados vulneráveis, como os deficientes e os idosos pobres, cujas condições correspondam às estabelecidas pela legislação pertinente (grifamos).

HISTÓRIAS DE VIDA DE PESSOAS ACOMETIDAS DE ESCLEROSE MÚLTIPLA: BUSCAS E INTERAÇÕES EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Os relatos de histórias de vida, oriundos de “entrevistas em profundidade” (MINAYO, 1992) nos propiciaram a elaboração desta análise.

Acrescentamos, além das observações sobre estratégias metodológicas mencionadas na introdução, que o principal critério adotado para a seleção dos entrevistados foi o tempo de convivência destes com a doença: o primeiro entrevistado deveria ter até cinco anos de diagnóstico; o segundo entrevistado, entre seis e dez anos de diagnóstico; e o terceiro entrevistado, acima de dez anos de diagnóstico.

No trabalho de reconstrução das histórias de vida dos sujeitos que compuseram a amostra, focamos, sobretudo, o intervalo de tempo compreendido entre o primeiro momento da busca dos pacientes pelo diagnóstico até o momento da realização da entrevista. Buscamos destacar, principalmente, as formas e modos como encaram a doença, os sistemas de cura utilizados e as alterações na vida social.

Caminhos para o diagnóstico

Em virtude de ser a esclerose múltipla uma doença de frequência relativamente rara, seu diagnóstico dificilmente é dado pela primeira especialidade médica consultada. Com apoio em autores referidos na segunda seção deste artigo, pressupomos que essa dificuldade pode estar relacionada ao modelo médico dominante, cuja fragmentação do corpo em partes cada vez menores impede uma vi-

são integrada do corpo e das doenças que o acometem. A “peregrinação” a serviços médicos, bem como a multiplicidade de diagnósticos recebidos pelos sujeitos anteriormente ao definitivo, foram pontos comuns encontrados nas narrativas dos interlocutores da pesquisa:

Eu senti os primeiros sintomas em 96 e passei por todas as especialidades possíveis sentindo dores, tremores e depressão, os principais sintomas da esclerose múltipla, e ninguém sabia exatamente o que eu tinha; os exames [...] não davam nada (ENTREVISTA Nº 1).

[...] eu comecei a ir a várias especialidades médicas, fui a um neurologista e lá esse neurologista disse que eu tava com um AVC, passou um medicamento como se eu tivesse [...] um princípio de AVC [...], mas eu tomei a medicação, não melhorei [...] até que um dia eu comecei a sentir uma dormência na perna [...] e foi quando eu marquei uma consulta com um reumatologista. Aí, esse reumatologista perguntou sobre a minha perna e eu: “Olha, eu tou sentindo essa dormência na minha perna e eu tou sentindo já assim em determinados locais”. Eu andava já meio que chutando a perna, porque aquilo ali ia aumentando. E, ele: “ Tá, vamos fazer uma ressonância magnética da coluna lombo-sacra”. Eu fiz porque ele achava que era uma hérnia de disco; eu fiz e não deu nada. Aí ele: “Não, não é hérnia de disco” (ENTREVISTA Nº 2).

Todos os exames não foram capazes de dar um diagnóstico preciso, pois, quando não davam normais, acusavam algo que poderia também ser sugestivo de uma outra doença neurológica. Iniciava-se uma nova etapa na minha vida, uma incansável caminhada a médicos e laboratórios. Consultei diversos especialistas em Fortaleza e fui a Recife e São Paulo (ENTREVISTA Nº 3).

Essas declarações nos remetem às discussões de Capra (1982) sobre a concepção mecanicista de compreensão e de intervenção do organismo humano, oriunda do pensamento cartesiano, no qual se fragmenta corpo e mente em unidades distintas. Com o crescente desenvolvimento da medicina nos séculos posteriores, conforme este autor, o corpo humano passou a ser melhor conhecido por meio de abordagens reducionistas, que o fragmentaram em partes cada vez menores. Atualmente, o modelo biomédico dominante²⁴ aliou-se ao capitalismo médico, com profissionais, em sua maioria, mais preocupados em gerir a relação de cura a partir de um tempo utilitário do que com uma relação fundada numa reciprocidade paradoxal.

Então, consideramos que as dificuldades pelas quais os sujeitos da pesquisa passaram no período anterior à definição do diagnóstico em muito se devem ao modelo biomédico dominante. A partir do momento em que ocorre a fragmentação do corpo e este passa a ser visto em partes cada vez menores, a perda da unidade corporal e a alta especialização da medicina impedem haver uma visão integrativa entre o paciente e a doença que o acomete; cada médico, com base na sua especialidade, procurará resolver o problema, muitas vezes efetivando o tratamento de uma suposta doença quando, na verdade, trata-se de outra, não obstante tantas buscas, consultas e exames ditos precisos.

Assim mesmo, diante das mais variadas dificuldades para receberem o diagnóstico, os entrevistados prosseguiram nas investigações e buscas por respostas esclarecedoras acerca da enfermidade. Para Moreira et al. (2004) o neurologista deverá tentar estabelecer o diagnóstico em três níveis: 1) Diagnóstico sindrômico (investiga-

24 Modelo médico moderno típico, estruturado historicamente em torno da alopatia e do método anatomo-clínico e que tem na metáfora cartesiana do corpo-máquina uma referência imaginária central (MARTINS, 2003, p.330).

ção dos sintomas apresentados pelo paciente); 2) Diagnóstico anatômico (exames físicos) ou topográfico (exames de imagens); e 3) Diagnóstico etiológico (diagnóstico clínico diferencial em face de outras patologias). O resultado definitivo seria obtido após análise detalhada da história clínica do paciente. Conforme sintetizam os autores, o que a literatura nos mostra é que a comunicação entre médico e paciente é fundamental na obtenção do diagnóstico e que muitos profissionais, limitando-se aos manuais técnicos das escolas de medicina, não utilizam o diálogo, por diversos motivos injustificáveis. A narrativa a seguir é ilustrativa das dificuldades e sofrimentos dos pacientes durante a fase de definição do diagnóstico de esclerose múltipla:

[...] Peguei os exames e consegui [...] as passagens e fui para São Paulo. Lá me consultei com o doutor D, [...], passou com meus exames um mês, melhor, uma semana. Depois de uma semana eu voltei e ele disse simplesmente: “ – Você sabia o diagnóstico desde o início, mas eu tenho uma notícia ruim para você: Porque não é só esclerose múltipla. Você tem esclerose múltipla progressiva primária”²⁵ (ENTREVISTA Nº 1).

[...] eu fui a um hospital neurológico; lá uma doutora pediu uns exames, ela disse: “ – Vamos investigar”. Porque o quadro era sugestivo de uma série de coisas. A primeira coisa que eu fiz foi uma ressonância da coluna torácica. [...] Não deu nada, e eu continuando sentindo, já sentia no braço, na perna, um monte de coisa, e ela [a doutora]: “ – Eu vou subindo”. Aí fiz uma da cervical [...] quando eu fiz da cervical aí já apareceram as primeiras lesões, o médico [...] já deu o

25 Curso clínico da esclerose múltipla caracterizado pela progressão da doença desde o início, sem platôs ou remissões, ou com remissões ocasionais breves e melhoras insignificantes (KALB, 2000, p. 302).

laudo [...] E nesse laudo da cervical ele colocou que eu tinha lesões [...] sugestivas de esclerose múltipla. Aí a doutora que tava lá disse: “– Olha, eu tenho uma notícia que não é muito boa, mas a medicina evolui muito e você tem uma doença chamada esclerose múltipla” (ENTREVISTA Nº 2).

O meu médico falou assim: “você tem uma doencinha chamada esclerose múltipla”. Eu disse: arteriosclerose? Ele disse: “Não, esclerose múltipla. [...] Quando você ficar boa vai ficar mais inteligente”. Disse que eu ia jogar futebol, não abriu o jogo pra mim, e eu não sabia da gravidade da doença (ENTREVISTA Nº 3).

Como mostram também essas narrativas, as dificuldades por parte dos médicos em se relacionar com os pacientes ficam patentes nesse momento em que o diagnóstico é consolidado. As formas por meio das quais eles informam sobre a doença variam entre “tenho uma notícia ruim”, passando por “uma notícia que não é muito boa”, até chegar a “uma doencinha chamada esclerose múltipla”. Em síntese, trata-se de uma comunicação perpassada de sarcasmos, humilhação, estigmatização e desclassificação da pessoa com esclerose múltipla.

Apoiamo-nos em Martins (2003) quando este fala de tal dificuldade. A partir do momento em que estes agem numa relação entre sujeito (médico) e objeto (doença), a situação fica mais fácil por não se envolverem. Mas, para os pacientes, isso traz graves consequências, pois se sentem humilhados, abandonados, entre outras coisas. Tudo isso contribui para a emergência de problemas que se expandem para os múltiplos aspectos da vida do indivíduo.

Impactos psicossociais da esclerose múltipla

Descobrir-se acometido de uma doença crônica e relativamente incapacitante traz profundas repercussões à vida do doente. Con-

cordamos com Moreira et al. (2004) que tal descoberta sempre exige algum nível de adaptação do paciente. Não restaria alternativa a não ser adaptar-se, de algum modo, às condições impostas pela doença.

Entretanto, é importante observarmos como o diagnóstico é recebido e encarado diferentemente pelos sujeitos; cada um reage de maneira diferente, não apenas pelo curso clínico variável e incerto, mas também em razão de suas distintas experiências e histórias de vida. A este respeito afirma um dos entrevistados: “Esclerose múltipla é isso: é uma doença invalidante, no meu caso de esclerose múltipla progressiva primária [...] invalidante, solitária e de muita dor, e que deixa a pessoa sem vontade de continuar vivendo” (ENTREVISTA Nº 1).

No nosso entendimento, tal depoimento refere-se a intensas perdas nos planos das sociabilidades primárias e secundárias: sem grande apoio familiar, amigos, exercício da profissão e com a impossibilidade de viver o cotidiano de todos os homens (em sentido genérico), restou-lhe viver ensimesmado em suas dores, sejam elas físicas, emocionais, psicológicas, espirituais, entre outras.

Como evidenciado, relações interpessoais distintas são verificadas em outra história de vida, como na narrativa a seguir:

Lá no hospital era uma verdadeira romaria da família inteira. [...] quando eu tive o laudo. [...] ligaram pra mim dizendo que eu tinha sido selecionada pra fazer a entrevista. [...] a pessoa que ganhou não quis ficar e aí eles me chamaram para ficar. Eu disse: “É já!” Fiquei e estou lá até hoje [...]. Mudei, talvez porque eu fiquei mais retraída ainda, eu sempre fui muito de ficar em casa, e eu fiquei mais em casa ainda. [...] Até porque eu nunca contei pra ninguém que eu tenho esclerose múltipla. E é uma coisa que eu não gosto de dizer. Não é porque tenha vergonha, é porque eu sinto que

as pessoas me tratarão diferente por não entender o que é (ENTREVISTA Nº 2).

É interessante observar o seguinte: na época em que esta interlocutora da pesquisa recebeu o diagnóstico de uma doença possivelmente incapacitante, sua reação foi oposta: determinou-se a enfrentar a doença, pois aceitou o emprego, não se limitando ao prognóstico dado pelos médicos: “[...] era progressiva, era incapacitante, todos aqueles adjetivos, os piores que eles podem ir dizendo”.

Quanto à vida social, não foi a doença que a tornou mais introvertida, pois, como mostra sua fala, ela sempre foi assim. De alguma forma, podemos relacionar o que ela nos diz acerca de suas amizades, como ora demonstrado, ao relatar que ninguém, fora algumas poucas pessoas, sabe da sua condição de acometida de esclerose múltipla. O não permitir que outras pessoas saibam do problema sugere sua projeção de que, provavelmente, passará a ser objeto de estigmatização. Nesse caso, enfrenta, por antecipação, de forma singular.

A reação da entrevistada nos direciona a Goffman (1963). Conforme ele nos fala, há determinados indivíduos que, por conta de certas características, são vistos como desacreditados ou desacreditáveis. Destes, os primeiros, aqueles que apresentam características visíveis, que os colocam em situação de estigmatização. Já os desacreditáveis são os que não possuem diferenças imediatamente aparentes e nem têm dela conhecimento prévio, até que num certo ponto da vida descobrem serem portadores de um problema que poderá inseri-los numa situação de estigma, na qual passam a viver no conflito gerado pela manipulação da informação sobre seu problema: exibi-lo ou ocultá-lo; contá-lo ou não; revelá-lo ou escondê-

-lo; mentir ou não; a isso, ainda se soma a dúvida do “para quem, como, quando e onde”.

Um redirecionamento da vida interior – “ficar cada vez mais em casa” – pode ser percebido como uma das várias formas de enfrentamento da doença, à medida que interdita a possibilidade de estigmatização. Abandonar uma atividade que trazia aborrecimentos, cultivar a espiritualidade e expressar-se por meio da arte são alguns dos caminhos apontados, conforme resume: “Deixei de ser [...] e passei a ser artesã. Literalmente, estou pintando e bordando”.

Segundo relata Kalb (2000), para muitas pessoas o estresse pode ser um dos fatores precipitadores do desencadeamento e progressão da doença. Embora não existam provas conclusivas, a esclerose múltipla pode criar estresses consideráveis na vida das pessoas. Assim, o novo estilo de vida adotado pela entrevistada nº 3 explicita a forma encontrada por ela para manter a doença sob certo controle, além de garantir qualidade de vida em seu viver cotidiano, por se dedicar a atividades prazerosas.

Em síntese, como é possível afirmarmos, para uns, a doença pode implicar solidão, término de relacionamentos afetivos, suspensão ou finalização das atividades profissionais e afastamento da família e de amigos; para outros, a possibilidade de perceber o grau de estima em seu círculo familiar, além de determinação profissional. Em outros casos, profundas transformações interiores motivaram mudanças na vida profissional, incluindo a adoção de novas atividades.

São evidentes as inesgotáveis mudanças decorrentes da esclerose múltipla, mas também a busca por alternativas de superação das limitações impostas por esta. Neste âmbito, a história familiar tem grande relevância na compreensão de como cada pessoa lida com os desafios diários da convivência com uma doença crônica (KALB,

2000), uma vez que a nova forma de viver de um membro daquele grupo influenciará, de alguma maneira, os que o cercam.

O acesso aos serviços de saúde

Na busca pelo diagnóstico, muitos médicos foram consultados, exames e tratamentos feitos. Destacamos, no entanto: embora nossa Constituição de 1988 assegure que “saúde é dever do Estado e direito do cidadão”, efetivando-se via Sistema Único de Saúde, o acesso da maioria dos entrevistados aos serviços médicos foi por meio de planos de saúde privados.

Ademais, as garantias constitucionais no campo da saúde também dizem respeito ao acesso aos medicamentos. Entretanto, o entrevistado nº 1 afirma ter dificuldades em receber medicamentos considerados básicos, enquanto as entrevistadas nº 2 e nº 3 afirmam não terem enfrentado dificuldades em se habilitar para receber o Interferon, remédio que faz parte da lista de medicamentos excepcionais do Ministério da Saúde. Eles relatam:

[...] e eu tive que tomar Omeprazol e o posto de saúde só dá um tabletezinho com dez comprimidos, quando na realidade eu tinha que tomar quatro comprimidos por dia, ou seja, não tem condição (ENTREVISTA Nº 1).

[...] por orientação da doutora que me acompanha até hoje, ela já me encaminhou para a Secretaria da Saúde, pra que eu pudesse me habilitar a receber o Interferon. [...] Eu tive que fazer uma entrevista com a assistente social e tudo o mais, porque o remédio era muito caro e eu não ia ter dinheiro pra comprar. E, sei lá, acho que todos os espíritos dos deuses, o que quer que seja, naquele momento ajudaram que eu dei entrada no processo para receber a medicação e com uma semana eu estava recebendo (ENTREVISTA Nº 2).

[...] me indicaram um médico, me consultei com ele. Não falei em vacinas [...] espontaneamente ele me encaminhou ao hospital X para tomar o Interferon. Estou tomando as vacinas faz dois anos (ENTREVISTA Nº 3).

Não raras vezes os serviços públicos de saúde, em decorrência de suas estruturas burocráticas, têm dificuldades de garantir, de fato, o acesso aos direitos assegurados por leis, como no caso do entrevistado nº 1, que diz receber quantidade insuficiente do remédio prescrito, embora este seja de baixo custo. Muitas questões podem ser pensadas a esse respeito. O médico que o atende não percebe a necessidade deste de obter mais medicamento para prover seu bem-estar físico? A dosagem recomendada está sendo respeitada pelo paciente? Haverá limitação na quantidade dos medicamentos necessários entregues pelo posto de saúde? Por ser médico e ter conhecimento sobre seu estado de saúde, o paciente se automedicará?

Podemos afirmar que a forma de descentralização do atendimento à saúde, da esfera federal para a estadual e municipal, apesar de propiciar grandes vantagens ao sistema de saúde público brasileiro, em determinados aspectos pode resultar em descontinuidade das ações de saúde entre as esferas de atendimentos (primário, secundário e terciário). Assim, os remédios integrantes da lista de medicamentos básicos faltam, enquanto os de alta complexidade podem ser de fácil acesso.

Cotidiano: viver a doença ou viver com a doença?

Os encontros com os sujeitos da pesquisa possibilitaram entrarmos em contato mais próximo com o cotidiano destes e, assim perceber a diferença entre viver a doença e viver com a doença. Isso aconteceu porque, a partir do momento em que se descobriram acometidos pela esclerose múltipla, as distintas significações que a doença adqui-

riu em suas vidas, segundo as várias representações expressas nas suas narrativas, influenciaram em todo o contexto vivencial.

O cotidiano do entrevistado nº 1 foi bastante alterado pela doença, pois ele teve mudanças nos mais variados aspectos da sua vida. Em sua fala, há um certo sentimento de propriedade com relação à doença, quando ele diz: “[...] nada disso realmente modifica a evolução no caso da minha doença. Ressalto que a minha doença começou aos 38 anos [...].O que poderia modificar a minha doença seria o transplante das células-tronco”.

Tais posicionamentos podem ser relacionados ao entendimento de Fromm (1987) segundo o qual o homem moderno busca sentir-se proprietário das coisas que fazem parte da sua vida, sejam elas materiais ou não. Poderíamos pressupor, então, que o fato de o entrevistado nº 1 encontrar-se despossuído de quase tudo o que tinha ou pensava ter, viver a doença é para ele uma forma de sobrevivência, pois o aproxima da profissão de saúde que exerceu e lhe dá um suporte para a própria identidade diante de todas as perdas pelas quais passou, possibilitando que ele continue vivendo? Podemos cogitar que, se as suas incapacidades fossem mínimas ou nulas, a forma de viver e encarar a doença seria outra.

Para a entrevistada nº 2, o cotidiano foi alterado pela esclerose múltipla de maneira mais branda, com consultas médicas frequentes e uso de medicações, além de ocasionais internações no período de exacerbação da doença. No entanto, o apoio da família, o trabalho conseguido em período concomitante ao do diagnóstico e a ausência de incapacidades que limitassem seu cotidiano permitiram-lhe viver de forma quase semelhante à que vivia antes de adoecer.

Por fim, encontramos a entrevistada nº 3, que precisou se aposentar por invalidez e deixar a profissão que exercia em um ambiente de grande pressão, conflitos e estresses. Ela teve sua capacidade

de trabalho redimensionada para atividades manuais, por meio do artesanato, e, conforme refere, “superando o ócio, as incapacidades e até mesmo a depressão” e sempre contou com o apoio da família e amigos que a auxiliaram. Sua vida passou por grandes alterações, mas pressupõe-se que ela aprendeu a conviver com a doença e a ter uma qualidade de vida que considera satisfatória.

Como é possível supor também, com relação às diferentes experiências de estar doente, por parte dos sujeitos desta pesquisa, o entrevistado nº 1 vive a doença, ao passo que as entrevistadas nº 2 e nº 3 procuram viver com a doença. No entanto, outras pesquisas mais aprofundadas que colocassem a subjetividade em foco poderiam ajudar no sentido de uma compreensão mais abrangente de tais experiências.

Desumanização versus reumanização da medicina

A partir dos anos 1980, segundo análises de Martins (2003), com a generalização do utilitarismo econômico, a lógica do capital pôs a seu serviço a razão científico-instrumental bem como a razão burocrático-legal, através de uma medicina de órgãos, na qual as patologias passaram a ser classificadas a partir de um sistema de cálculos, em que cada doente representaria um custo, numa perspectiva do mercado de capitais, seja na esfera pública ou privada.

Entendemos, em sintonia com este mesmo autor, que a perspectiva mercantil na saúde resultou num distanciamento entre médicos e doentes, que passaram a se relacionar como no mundo dos negócios, onde produtores e consumidores interagem de acordo com objetivos paralelos: os produtores desejam lucro, os consumidores buscam determinado bem. À luz das relações no campo da saúde, isso mostra um grande esvaziamento das bases sociais da medicina, pois, se cada paciente tem um valor econômico, não há possibilidade de

uma relação mais pessoal. Assim, foi fomentada a ascensão de uma rede produtora no campo da saúde, possibilitando grandes inovações na medicina moderna, mas, ao mesmo tempo, comprometeram-se as relações entre instituições médicas e usuários dos serviços.

Dificuldades de relacionamentos entre médicos e pacientes se tornam mais evidenciadas em momentos decisivos, como no caso do (provável) diagnóstico e prognóstico, cujas formas de comunicação traduzem, algumas vezes, comportamentos profissionais desumanizantes, ao não valorizarem os aspectos subjetivos e emocionais dos pacientes, como demonstram os relatos a seguir:

[...] ele disse: “Seu problema é tudo, menos ortopédico. É neurológico. Você tem que ir a um neurocirurgião urgente porque com a progressão você vai ficar sem andar”. Disse assim, “na lata” [...] ela disse que não tinha cura, mas tinha tratamento, mas era uma coisa que eu tinha que começar logo, porque era progressiva, era incapacitante, todos aqueles adjetivos, os piores que eles podem ir dizendo [...] ela foi dizendo tudo de uma vez (ENTREVISTA Nº 2).

[...] E o médico de Recife? [...] ele disse assim: “Não, você não tem esclerose múltipla não”. Olha como era a visão do médico: “se você tivesse esclerose múltipla, você estava numa cadeira de rodas [...]” um neurologista dos bons em Recife, eu fui encaminhada pelo doutor F. Aí depois ele ficou tão arrependido de ter sido tão [...] ficou todo gentil, desceu a escada comigo, ficou me paparicando (ENTREVISTA Nº 3).

Em vista de tão contundentes relatos que, em certa proporção, ratificam o pensamento de Martins (2003) acerca da desumanização da medicina, questionamos sobre seus destinos, em virtude da sua crescente tecnificação, adesão ao capitalismo biotécnico e a minimização dos conhecimentos das áreas de humanidades.

É importante destacar, no entanto: nem todos os profissionais médicos aderem a esse modelo. Como as narrativas dos interlocutores da nossa pesquisa apontam, existem médicos/as com uma prática humanizada, embora não sejam maioria. Seria, então, necessário que a mudança já iniciada no âmbito da medicina moderna passasse por expansões nesses aspectos do conhecimento das humanidades, fazendo brotar a reumanização da área com força total.

[...] eu caí cerca de cinquenta vezes de costas e fracturei uma das vértebras e passei um mês tendo dor e andava de médico em médico e ninguém [...] Depois de um mês foi que eu mudei de todos os médicos, aí eu fui a um neurologista bem velhinho, o doutor E, que pediu uma ressonância magnética nuclear e que viu que estavam esbagaçadas a L2 e L5 e aumentou a dosagem de analgésico (ENTREVISTA Nº 1).

[...] a médica que me acompanha até hoje [...] ela é uma pessoa muito legal, eu gosto muito dela, já ultrapassou a questão médica e paciente [...] assim, ela já faz parte da família [...] (ENTREVISTA Nº 2).

A esperança na ciência

Em fevereiro de 2005, foi aprovada a Lei de Biossegurança, que regulamenta a pesquisa com células-tronco embrionárias no Brasil. Juntamente com isto, vemos o intenso desenvolvimento das pesquisas biotecnológicas, com muitas esperanças e expectativas depositadas nos possíveis resultados advindos da ciência, principalmente no tocante às doenças crônicas e degenerativas, como é o caso da esclerose múltipla. As narrativas a seguir são exemplares a este respeito:

[...] o que poderia modificar a minha doença seria o transplante das células-tronco da placenta e do cordão umbilical. Só que isso não está disponível no Ceará (ENTREVISTA Nº 1).

[...] agora falam muito dos transplantes de células-tronco e eu também acredito que realmente será um divisor de águas da ciência, e é um mistério [...] Eu tento sempre estar bem, pra no dia que eles disserem ‘vai curar você, é isso aqui (eu tenho a impressão de que eles dirão que são as células-tronco), que eu esteja apta a participar desse momento da ciência (ENTREVISTA Nº 2).

A busca por tratamentos complementares

Seguindo as reflexões apresentadas anteriormente sobre os principais sistemas de cura instalados ou em processo de instalação em contexto de transformações da medicina moderna, apresentamos algumas perspectivas de suas configurações no cotidiano dos sujeitos entrevistados, a partir do momento em que eles passaram a conviver com a esclerose múltipla. Afirmam os entrevistados:

[...] já procurei banha de cobra cascavel, chá de maconha, chá de um bocado de plantas que não sei nem quais plantas são, todo tipo de coisa já foi feito: curas espirituais, orações, “Johrei”, da Igreja Messiânica²⁶, foi tentado realmente todos esses tratamentos [...] acupuntura, nada disso realmente modifica a evolução no caso da minha doença. Ah, um outro tratamento que eu fiz foi com o Kerfix, que é um tratamento trazido do Tibet através da falecida irmã Teresa de Calcutá, que espalhou isso pelo mundo e pode ser feito com água, açúcar mascavo e os fungos, mas usei durante seis meses sem nenhuma alteração possível. Eu tomo quatro medicações a nível cerebral: Rivotril, Carbamazepina, Tegretol CR e Lexotan, pois nenhum outro relaxante muscular diminuiu o tônus que eu tenho, e Deocil pra dor na coluna.[...] O cólon irritado provoca uma cólica intensa e lá se vai eu tomar mais

26 Sistema que trabalha com o passe de energia do magnetizador para o magnetizado, mediante imposição das mãos (N. da A.).

Motilium, tomar laxante, como Leite de Magnésia, Lactulona; Omeprazol, que nessa coisa toda, de ter que fazer pulsos com corticoide, pulsos de Prednisolona [...] eu fiz duas úlceras: uma no estômago e outra no duodeno (ENTREVISTA Nº 1).

[...] eu uso o Interferon e uma série de outros medicamentos receitados pela minha médica. Sim, eu já procurei outras maneiras de me curar, até porque eu acho [...] eu digo muito assim, o que abunda não atrapalha. Se é o que faz bem, mal também não vai fazer. Eu já procurei [...] eu leio muito, então eu já [...] primeiramente fiz mudanças na alimentação, eu comecei mudando alguns hábitos alimentares, porque tudo que dizem que vai fazer bem eu tento acompanhar. [...] eu sempre tive muita veia espírita, apesar de nunca ter participado ativamente. Eu sempre li muito sobre, mas nunca participei. Até que eu tenho um amigo que frequentava [...] e ele disse: “Vamos ali, vai ter um médium que vai fazer cirurgias” e eu disse: “Tá, eu vou, mas eu tenho de dizer o quê?” E ele: Não, você só tem que dizer o que você tem lá, na hora”. Aí eu fui, fiz a cirurgia com o médium. “Aí as pessoas falam assim: E aí, você melhorou?” “Eu não sei, eu quero acreditar que sim, que eu melhorei, mas eu não sei, porque eu sou muito cética com tudo. [...] eu sempre fiz essas leituras de autoajuda [...] não é uma ciência. Na verdade, coisas que você faz, porque [...] a médica diz muito que o estado emocional da gente influi muito. E então eu tento apenas me desligar mais das coisas, não ser tão preocupada com tudo [...] é uma outra coisa que eu faço de diferente (ENTREVISTA Nº 2).

Todo dia a mamãe vinha aqui de tarde, rezava o terço e fazia o chá de hortelã com mostarda e gergelim. Eu tomava o chá e depois ela passava na minha perna, todo dia [...] eu digo: “melhorei com noni²⁷, pinturas e bordados”. [...] Faço

27 Suco feito à base de Morinda citrifolia, fruto descoberto na Polinésia Francesa

o que posso e está ao meu alcance: continuo tomando Interferon, Frontal e Noni. Faço hidroterapia, fisioterapia e fonoterapia. Recebo sessões de massoterapia de 2ª a 6ª; fiz terapia ocupacional com terapeuta [...] agora faço só, e pinto e bordo (ENTREVISTA Nº 3).

Estas narrativas expressam com clareza a relação de busca dos pacientes pela cura entre a medicina oficial e variados tratamentos complementares. Para muitos, não teriam significado algum, mas tais campos de tratamento, por mais estranhos que possam parecer, representam a oportunidade de um possível bem-estar e a sensação de que, embora a medicina oficial ainda não propicie a cura total para sua doença, eles estão tentando fazer alguma coisa por si próprios, algo que lhes traga melhoras ou certo bem-estar conseguido por meio desses tratamentos.

Nos caminhos da espiritualidade

A religião sempre teve profunda influência na vida da maioria dos indivíduos, principalmente nas situações marcantes como na descoberta de uma doença grave – que pode trazer consigo o receio da morte, que nessas horas parece estar muito próxima – e os impele a abrir caminhos para o resgate da dimensão espiritual, para a qual o viver cotidiano é, geralmente, indiferente. Como relata um dos nossos entrevistados: “[...] um padre que foi me dar a extrema - unção, mas ele me explicou que a extrema - unção não é só pra quando você vai morrer, é também pra quando você tá doente, pra você ter o poder divino pra vir ajudar” (ENTREVISTA Nº 1).

O poder divino surgiria como um impulsionador da melhora e até mesmo trazendo consolação, esperança e resignação diante das

e Havaí. Segundo seus produtores, tal suco faz com que o próprio organismo se autocorrija.

dificuldades impostas pela doença. Sob a perspectiva antropológica, Da Matta (1994) nos fala da religião como um meio de explicar os infortúnios da vida, pois apresenta respostas àquilo que parece não ter explicações da ciência ou da tecnologia. A religião, segundo este autor, chega a dizer as razões pelas quais se sofre e traz consolo para quem vive e acompanha a aflição. Em sentido semelhante, relata outro entrevistado: “[...] a fé em Deus nos ajuda a superar e compreender que, apesar de tudo, nossa vida é muito importante para Ele, portanto, devemos nos esforçar para vivê-la com alegria e sem lamentações” (ENTREVISTA Nº 3).

Assim, viver com fé em Deus e com a espiritualidade equilibrada resultaria, conforme demonstram várias pesquisas, numa melhor convivência dos indivíduos com a doença. Nessa perspectiva, as possibilidades de revolta, depressão e tristeza, entre outros sentimentos negativos, seriam suplantados, ou pelo menos suavizados, diante da confiança de que não sofrem injustamente, mas estão nas mãos da divindade superior, e só a Ele cabe aliviar-lhes os sofrimentos. Esse caminho possibilita a presença constante da fé e da esperança nas vidas dessas pessoas.

Sociabilidades entre as pessoas acometidas de esclerose múltipla

Na maioria das vezes, o ser humano busca estabelecer relações com indivíduos de alguma forma semelhantes. As narrativas a seguir possibilitam afirmarmos que a descoberta de uma doença tão difícil de ser diagnosticada como a esclerose múltipla impulsiona a busca por espaços, onde as dúvidas, ansiedades, conquistas e superações possam ser compartilhadas, conforme a seguir:

[...] Logo quando teve o diagnóstico da esclerose múltipla, lá na Secretaria da Saúde me forneceram o telefone da ACEM. Me disseram que eu ligasse pra lá, que eles davam todo o

apoio, tudo o mais. E eu liguei. Não falei com o presidente, falei com a esposa dele, e disse que recentemente tinha tido o diagnóstico, e queria conversar sobre o que eles faziam, se eles se reuniam. Ela me disse que eles não se reuniam [...] e reforçou aquela questão de me ligar mais na questão de viver o hoje, não me preocupar com o amanhã [...], ela me deu todo o apoio moral, mas na realidade, assim, de reuniões mesmo ela disse que não havia, mas que de vez em quando tinha uns eventos que ela informava [...] essa coisa toda (ENTREVISTA. Nº 2).

[...] A única vez que eu tentei ir atrás foi da ACEM – Associação Cearense de Esclerose Múltipla – mas não deu certo (ENTREVISTA Nº 3).

A descoberta de que as pessoas diagnosticadas com esclerose múltiplas buscam novos espaços de sociabilidade nos remete a Enríquez (1994), o qual lança hipóteses sobre o funcionamento de grupos e as variáveis que influenciam os indivíduos a um vínculo grupal desde seu início, bem como os elementos que contribuiriam para a formação do grupo, segundo mencionado anteriormente.

Quanto aos interlocutores da pesquisa que dá suporte a este capítulo, apesar da causa em comum – neste caso a doença –, há muitas dificuldades para a ocorrência dos encontros, seja em razão das suas condições de saúde seja em virtude das diferenças pessoais e sociais entre eles.

No entanto, embora existam dificuldades em encontrar um grupo de apoio às pessoas com esclerose múltipla no Ceará, as buscas dessas pessoas por um espaço de participação, o apoio mútuo e a aceitação prosseguiram. O fato possibilitou a entrada em espaços nos quais coexistem níveis diversos de interação associativa, e no

caso específico dessas pessoas, nem sempre em função da doença. Os relatos a seguir são esclarecedores a este respeito:

[...] nessa minha busca na internet [...] eu encontrei alguns grupos na internet também. E em um destes grupos eu participo, não efetivamente, mas acompanhando as notícias que o pessoal coloca, que é um grupo do Yahoo, de portadores de esclerose múltipla (ENTREVISTA Nº 2).

[...] A única associação que eu participo é a do pessoal que eu trabalhei, nas datas comemorativas [...] agora eu estou no grupo de mães, orando por seus filhos (ENTREVISTA Nº 3).

Segundo admitimos, em concordância com Rodrigues (1981), a importância do grupo se reflete na vida dos indivíduos de diversas formas, mas o sentimento de pertencer a um grupo de pessoas que possuem os mesmos objetivos, desejos e expectativas é de suma importância para o sentir-se incluído e participante dos processos que eles experimentam. É um sentir coletivo, mesmo com conflitos em determinados momentos.

Com relação à vivência grupal dos sujeitos da pesquisa, alguns deles apresentam mais dificuldades de participar de um grupo de pertença à sociabilidade secundária, seja este real ou virtual, pois, em virtude de suas limitações físicas, consideram-se mais confortáveis em seu ambiente doméstico. Mesmo assim, alguns deles, embora estando em casa, sentem dificuldades. Essas dificuldades podem se acentuar em determinados casos. Conforme esclarece um dos entrevistados, é difícil acessar grupos virtuais pela internet, por não poder permanecer sentado, mesmo que seja por curtos períodos. Ele afirma:

[...] mesmo procurando grupos [...], mas geralmente a gente encontra grupos de pessoas variadas: tem mais pessoas com a forma simples da doença, pessoas que têm crises e remissões²⁸, que podem praticar esportes, andar para todo lugar, podem ter uma vida social normal (ENTREVISTA N^o 1).

Com efeito, são grandes as dificuldades para que as pessoas com esclerose múltipla, sobretudo aquelas em estágios mais complexos, possam, efetivamente, se associar a outras pessoas em situações semelhantes, em virtude das limitações corporais entre outras decorrentes da doença.

Uma entrevistada faz significativas ponderações sobre os papéis que uma associação de pacientes poderia exercer em suas vidas. Segundo comenta:

[...] tem várias associações espalhadas no Brasil que têm uma organização muito maior, que têm sede, que têm médico, que já dão apoio àqueles pacientes [...] porque nem todo mundo tem uma situação financeira que te possibilita sentir uma coisinha e “vou no médico”. Portanto, se existir uma associação que tenha um médico que possa atender, que não cobre por isso daquelas pessoas que têm uma situação financeira mais precária, eu acho que isso é um papel que as associações devem ter (ENTREVISTA N^o 2).

O papel destacado neste relato nos remete ao seguinte fato: existem associações de pacientes na maior parte dos estados brasileiros, e suas estruturas são variadas: algumas delas são bastante organizadas, outras nem tanto. Além das associações, no ambiente

28 Trata-se de uma diminuição na severidade dos sintomas, ou o desaparecimento temporário de sintomas durante o curso da doença (KALB, 2000).

virtual florescem grupos de apoio, os quais congregam pessoas do mundo inteiro que lutam por causas comuns, uma destas, a doença.

No Ceará, embora haja dificuldades para o desenvolvimento e a atuação de um grupo de apoio aos pacientes acometidos de esclerose múltipla, há uma demanda significativa para tal. Consoante percebemos, os pacientes sentem que em grupos estariam mais fortalecidos na luta por seus direitos e na ajuda mútua. Esta é uma das grandes vantagens do fator associativo. Assim, esse desejado espaço possibilitaria a interação e a certeza de que seriam mais bem compreendidos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa nos propiciou observar que, em face da doença, muitos preconceitos e tradições familiares são rompidos à medida que ocorre a adoção de tratamentos os mais variados possíveis, até mesmo os considerados como “esquisitos”. O convívio com uma doença ainda incurável pode gerar uma busca frenética pelo bem-estar e pela cura, contribuindo para a ampliação das variadas possibilidades dos sujeitos acometidos de esclerose múltipla.

Conforme evidenciamos, nos períodos posteriores ao diagnóstico, há um movimento dos sujeitos na busca de espaços onde pudessem estabelecer vínculos grupais. Percebemos, nesses casos, que os pacientes sentem a necessidade de aproximar-se de pessoas com problemas semelhantes para, de alguma forma, se fortalecer. Conhecer pessoas com problemas semelhantes abre espaços para novas relações, em que as minorias (doentes, neste caso) se ajudam na busca por compreensão, apoio e a garantia dos direitos.

Como mencionado, identificamos também a existência de associações de pacientes na maior parte dos estados brasileiros: algumas bastante organizadas, outras nem tanto. Porém, o que as move

é a luta por uma qualidade de vida satisfatória. Destacamos: no ambiente virtual se multiplicam e florescem novos espaços de sociabilidade como grupos de apoio e associações que congregam sujeitos de todas as partes do mundo. Evidenciamos, então, a necessidade de pensarmos sobre as mudanças que a tecnologia impele no sentido de novas formas de sociabilidade, ao possibilitar que pessoas que jamais se viram se tornem companheiras de causa e tenham objetivos comuns.

A descoberta desses espaços propicia um alargamento do conhecimento no tocante aos direitos sociais assegurados às pessoas acometidas de esclerose múltipla, como o acesso amplo não só aos serviços de saúde e medicamentos, mas a todos os direitos constitucionais à proteção social, ou seja, à Seguridade Social do país (Previdência Social, Assistência Social e Saúde). Inegavelmente, há muitas conquistas legais neste âmbito, e os pacientes continuam reivindicando o cumprimento dos deveres do Estado em resposta aos seus direitos, bem como as conquistas de outros direitos.

Na nossa ótica, as histórias de vida com essas pessoas propiciaram uma espécie de ratificação das reflexões que desenvolvemos no referencial teórico, sobretudo quando pudemos constatar quão difícil é receber o diagnóstico de tal doença. A nosso ver, uma parte das dificuldades se deve, de fato, à perspectiva de uma percepção fragmentada do corpo, no âmbito da medicina moderna. O que provoca sofrimentos e dificuldades variadas que marcam as vidas dos indivíduos que passam por tais experiências, no campo da saúde, ao se depararem com diversos aspectos desumanizantes, os quais se refletiram negativamente nas vidas dos pacientes entrevistados.

Aconteceram mudanças significativas nas vidas de cada um dos sujeitos que relataram suas histórias: algumas positivas, outras não. Evidenciamos que conviver com uma doença crônica requer alterações no cotidiano, mas a história de vida e as relações construídas

no âmbito das socialidades primárias influenciam na maneira de conviver com a doença, na progressão desta e no nível da qualidade de vida que os pacientes podem (ou não) adquirir. O viver cotidiano, a procura por saúde e bem-estar se traduzem também nas buscas pelos tratamentos complementares, oriundos de diversos sistemas de cura, os quais se aliam à esperança na ciência e na espiritualidade. Os sujeitos da pesquisa demonstram acreditar em dias melhores, por meio destes tratamentos, em conjunto com relações que propiciam a ampliação dos horizontes em termos de novas sociabilidades.

Consideramos de extrema relevância as relações que se estabelecem entre esferas distintas como a ciência, os tratamentos complementares, a espiritualidade e formas satisfatórias de sociabilidades. No nosso entendimento, essas relações contribuem para tornar mais próxima a possibilidade de integração entre corpo e mente, a partir da qual os sujeitos em situação de adoecimento passarão a ser vistos e tratados de forma completa.

Com base nos relatos dos entrevistados e em autores que consideram a influência dos aspectos emocionais para o desencadeamento da esclerose múltipla, acreditamos ser relevante uma visão mais ampla do viver com esta doença, pois aí poderia se iniciar um dos caminhos que conduziriam à tão desejada cura.

BIBLIOGRAFIA

CAPRA, F. *O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente*. São Paulo, SP: Cultrix, 1982.

DA MATTA, R. *O que faz o Brasil, Brasil?* Rio de Janeiro: Rocco, 1984.

ENRIQUEZ, E. O vínculo grupal. In: LEVY, A. et al. *Psicossociologia: análise social e intervenção*. Petrópolis/ Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

FARIAS, L. A.C.; LESSA, A. P. G. (Orgs.). *O Serviço Social no Sistema Único de Saúde*. Fortaleza: EDUECE, 2003.

FREIRE, M. et al. *A paixão de aprender*. Petrópolis/ Rio de Janeiro: Vozes, 1992.

FROMM, E. *Ter ou ser?* Rio de Janeiro: Ed.Guanabara, 1987.

GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara, 1963.

GOHN, M. da G. *Teoria dos movimentos sociais: paradigmas clássicos e contemporâneos*. São Paulo: Edições Loyola, 1997.

<http://www.abem.org.br>.

<http://www.psiquiatriageral.com.br/manual/esclerosemultipla02.htm>

KALB, R. C. *Esclerose Múltipla: perguntas e respostas*. São Paulo: Associação Brasileira de Esclerose Múltipla, 2000.

KISNERMAN, N. *Serviço Social de Grupo: uma resposta ao nosso tempo*. Petrópolis/ Rio de Janeiro: Vozes, 1986.

MARTINS, P. H. *Contra a desumanização da medicina: crítica sociológica das práticas médicas modernas*. Petrópolis/ Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo/ Rio de Janeiro: HUCITEC /ABRASCO, 1992.

MOREIRA, M. et al. *Esclerose múltipla: informações científicas para leigos*. Porto Alegre: Conceito, 2004.

OLIVEIRA, L.C.A seguridade social brasileira como sistema de proteção social "inacabado". In: FARIAS, L. A.C.; LESSA, A. P. G. (Orgs.). *O Serviço Social no Sistema Único de Saúde*. Fortaleza: EDUECE, 2003.

PEREIRA, L. M. L. Algumas reflexões sobre histórias de vida, biografias e autobiografias. *História oral*, n. 3, p. 117-127, 2000.

QUEIROZ, M. I. P. de. Relatos Oraís: do indizível ao dizível. In: SIMSON, O. de M. Von (Org.). *Experimentos com histórias de vida (Itália-Brasil)*. São Paulo: Vértice, 1988.

RODRIGUES, M. L. *O trabalho com grupos e o Serviço Social*. São Paulo: Moraes, 1981.

REFLEXÕES ACERCA DO PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: UMA EXPERIÊNCIA NO BAIRRO PIRAMBU (FORTALEZA-CEARÁ-BRASIL)

Maria Derleide Andrade²⁹

Liduína Farias Almeida da Costa

INTRODUÇÃO

Este capítulo consiste em discussão acerca do princípio da integralidade na atenção primária em saúde no Programa Saúde da Família (PSF), sob a ótica de se segmentos entrevistados, ou seja: profissionais, usuários e conselheiros de saúde.

Na década de 1980 verificaram-se sinalizações das mudanças presenciadas na sociedade brasileira nas décadas seguintes. Há um novo arcabouço institucional, a partir da promulgação da Constituição de 1988, a indicar uma relação mais próxima entre o Estado e os cidadãos. Os movimentos sociais se espalham pelo país, apontando as mazelas sociais resultantes do longo processo histórico e, ao mesmo tempo, reivindicando o pagamento da enorme dívida social deixada, especialmente, pela ditadura. Havia expectativa de que na década de 1990 as respostas do Estado de fato se concretizassem no cotidiano dos cidadãos brasileiros, por meio de um sistema de seguridade social de caráter universal, até então desconhecido em

29 Maria Derleide Andrade. Mestra em Políticas Públicas pela Universidade Estadual do Ceará, Especialista em Serviço Social e Política Social pela UnB e Graduada em Serviço Social pela Universidade Estadual do Ceará. Atua no Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará e no Centro de Apoio Psicossocial (CAPES) SR3. Tem experiência em preceptoria e tutoria na Residência Multiprofissional em assistência à saúde desse mesmo Hospital. Prestou assessoria na Secretaria de Assistência Social da Prefeitura Municipal de Fortaleza.

nosso país. Somos uma das maiores potências econômicas mundiais, porém, nos quesitos sociais, pertencemos à ala dos mais miseráveis, devido à enorme defasagem entre a norma e sua efetiva aplicação.

No tocante à política de saúde, a organização do sistema de saúde brasileiro, mesmo pensado com base na compreensão de um novo modelo de atenção, permaneceu centrado na doença, num grande descompasso entre as conquistas da Constituição de 1988 com relação aos princípios da política de saúde e o que existe concretamente na realidade.

Conforme Oliveira (2003), a sociedade brasileira assiste na década de 1990, contrariando a tendência de reforço das conquistas democráticas da década anterior, a um período presidido pelo *signo da Reação, do Conservadorismo*, o qual teve em Collor de Melo o primeiro sinal de ameaça a evidenciar o início da destruição das primeiras instituições públicas de um precário Estado de bem-estar, avançando impiedosamente no desmantelamento do aparelho do Estado para as políticas públicas.

Essa concepção foi retomada e consolidada por Fernando Henrique Cardoso (FHC), quando ganhou foros de projeto de hegemonia, significando que as ideias neoliberais no Brasil entraram em fase decisiva. Desse modo, do ponto de vista das principais transformações, seja no campo do projeto político no poder, seja da política econômica, foram tomadas medidas fundamentais para a adequação à nova configuração geopolítica mundial, requisitos imperiosos no processo de acumulação do capitalismo contemporâneo.

Sob tal enfoque, o Ministério da Saúde, a partir da década de 1990, implementou políticas de caráter racionalizador, em função da “crise fiscal” do Estado, por meio da adoção de programas como o PSF (Programa Saúde da Família) que, ao ser lançado em 1994, trazia a perspectiva de favorecer a interiorização da medicina e imple-

mentar o processo de municipalização. Posteriormente o programa é definido como estratégia de transformação do modelo assistencial do Sistema Único de Saúde, ao se propor a reorganizar a atenção básica, enfocando a família como objeto de atenção, por meio de equipe multidisciplinar numa abordagem interdisciplinar e articulação intersetorial (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997).

Segundo a pauta de “ajuste estrutural” preconizado pelo Banco Mundial, o referido programa focaliza a atenção em determinados segmentos sociais, prioriza o controle das doenças e se baseia em critérios de custo-efetividade, advogando a ação do Estado na provisão de um pacote básico de serviços clínicos e de saúde pública (WORLD BANK, apud COSTA, 1996).

Nesse contexto, as discussões em torno da política de saúde se inserem mais cotidianamente na agenda política de entidades da sociedade civil, a exemplo das entidades representativas dos assistentes sociais. Entre 1999 e 2002, tais discussões se tornaram ainda mais presentes devido ao fato de, aproximadamente, 41,1% dos assistentes sociais do Estado do Ceará trabalhar na área da saúde (CRESS, 1999). Essa experiência contribuiu na ampliação de reflexões em torno da política de saúde do município de Fortaleza, em especial, a Estratégia Saúde da Família.

Em 2001, como denunciado por diversos segmentos da sociedade civil, o referido município vivia uma epidemia de dengue hemorrágica e, assim, colocava em xeque as ações da atenção primária em saúde, realizadas pelo poder público municipal. Partindo dessa avaliação preliminar e considerando que o Ministério da Saúde apontava a referida estratégia (Programa Saúde da Família) como possibilidade de reestruturação da atenção primária, passou-se a compreender que um dos aspectos mais relevantes a serem pesqui-

sados relacionava-se à efetividade da integralidade na atenção primária, por meio desse programa.

Em 2002, o interesse pela temática é reforçado em razão de experiência profissional como assistente social no Hospital Universitário Walter Cantídio/Universidade Federal do Ceará – de nível terciário e quaternário –, no qual se reflete o nível de organização do sistema de saúde estadual, cuja demanda é muito superior à capacidade de oferta dos serviços. Apesar de se tratar de hospital dessa natureza, uma quantidade expressiva de pessoas continuava a procurar por atendimentos primários, porque não tinham acesso aos serviços nos postos de saúde ou nas unidades secundárias.

Naquele contexto de reorganização da política de saúde no município de Fortaleza tomamos a iniciativa de realizar a pesquisa que dá suporte a este capítulo, com a seguinte questão norteadora: como vem se concretizando a efetividade do princípio da integralidade das ações em atenção primária, por meio do PSF? Sobre os caminhos metodológicos, trata-se de pesquisa de natureza qualitativa. Esta abordagem é utilizada sob a compreensão segundo a qual a saúde não institui uma disciplina ou campo separado das outras instâncias da realidade social. No nosso entendimento, então, o objeto em estudo requer um tratamento que possibilite analisar o singular, as contradições entre as partes e o todo, desde sua formulação até a execução, num contexto social, historicamente construído.

A pesquisa de campo foi realizada na Unidade de Saúde Guiomar de Arruda, localizada no bairro Pirambu, no município de Fortaleza, e o critério para escolha dessa unidade de saúde deve-se ao fato de a mesma ter recebido as primeiras quatro equipes do PSF no mencionado município, quando do processo de implantação. Vale ressaltar, que um dos critérios adotados pela Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social para aí instalar as primeiras equipes se

relaciona às condições socioeconômicas de uma área da cidade com os maiores índices de risco epidemiológico e social.

A amostra foi representativa, e composta por usuários atendidos no PSF na área de abrangência da referida unidade de saúde, profissionais (enfermeiros, agentes comunitários de saúde e auxiliar de saúde) e representantes do Conselho Local de Saúde. Destacamos, como instrumentais de pesquisa, os seguintes: a entrevista semiestruturada, cujos roteiros direcionaram-se a cada um desses segmentos; o exame de fontes documentais, como relatórios oficiais existentes naquela unidade de saúde ou divulgados em sites da área de saúde. Quanto às entrevistas, ocorreram entre março e junho de 2004.

De posse das informações e dados produzidos passamos a analisá-los por meio da técnica de análise de discurso (ORLANDI, 2003, p.16). Esta modalidade de análise, segundo a autora ora referida, trabalha com a língua, não como um sistema abstrato, “mas com a língua no mundo, com maneiras de significar, com homens falando, considerando a produção de sentidos enquanto parte de suas vidas, seja enquanto sujeitos, seja enquanto membros de uma determinada forma de sociedade”.

Além destas notas introdutórias, este capítulo organiza-se em outras três partes e as considerações finais. A segunda trata da concepção de integralidade como princípio norteador na atenção primária. A terceira desenvolve reflexão sobre a atenção primária e a integralidade sob a ótica dos entrevistados. A quarta parte versa sobre a integralidade das ações no PSF do bairro Pirambu. Destacamos como considerações finais: o descompasso entre a lógica dos investimentos públicos em tecnologia e a lógica das doenças (a dos sofrimentos da população. É urgente a afirmação da lógica de atendimento às necessidades em saúde da população, com abertura para

novos saberes e diferentes abordagens em matéria de compreensão do processo saúde-doença.

A INTEGRALIDADE: UM PRINCÍPIO NORTEADOR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

No Brasil, o campo da epidemiologia reuniu vários saberes e práticas, as quais se encontraram e se estruturaram em organizações que desenvolveram, tradicionalmente, ações de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e programas de saúde pública. Com início no século passado, essas organizações foram responsáveis pelo trabalho no campo da saúde coletiva, e atuavam, predominantemente, sobre os problemas das coletividades, em áreas como a da educação em saúde, o controle de doenças contagiosas, o saneamento, as intervenções sobre o meio ambiente e, mais recentemente, a prevenção de fatores de risco e a promoção à saúde. Os centros e postos de saúde atuaram como epicentros mais visíveis dessas ações.

Enquanto isso, a assistência clínica se organizou, notadamente a partir da década de 1950, em hospitais da previdência social, voltados para a atenção aos trabalhadores do mercado formal. Só no final da década de 1970, alguns esforços, embora tímidos, foram iniciados para a integração do sistema dualista. Existiu, portanto, uma histórica dicotomia entre as ações de caráter hospitalar e curativo, de um lado, e as ações do campo da saúde coletiva, de cunho mais preventivo, de outro (MENDES, 1999; CAMPOS, 2003).

A Constituição Federal brasileira de 1988 afirma o conceito de integralidade, com inspiração no Movimento da Reforma Sanitária e no Relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde. No texto constitucional ora citado, a integralidade é entendida mediante visão de que as ações de saúde devem estar voltadas ao mesmo tempo para o indivíduo e para a comunidade, para a promoção, proteção,

prevenção e recuperação da saúde, considerando a pessoa como um todo, com atendimento do conjunto de suas necessidades. Pressupõe a integração dessas ações em saúde, enquanto possibilita a articulação com outras políticas públicas, como forma de assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos (PAIM, 1998; MENDES, 1999; CAMPOS, 2003).

As novas formas de financiamento e de gestão do sistema de saúde brasileiro, leis e decretos mais recentes melhoraram as condições para que o gestor municipal possa cumprir o preceito constitucional da integralidade, apesar do caráter de normatização e padronização que eles imprimiram à conformação da política de saúde. Para a regulamentação da Norma Operacional Básica-96, foram editadas quatorze portarias. Neste âmbito, a exigência de haver setores responsáveis por cada ação e atividades de controle e avaliação foram requisitos para a habilitação de municípios em gestão plena do sistema de saúde. Como exposto, as resoluções referentes à implantação, por um lado, do Piso Assistencial Básico, em seus componentes fixo e variável e, por outro, da Programação Pactuada da Epidemiologia e Controle de Doenças foram os principais mecanismos dessa mudança (COSTA, 2003).

O princípio da integralidade vem afirmar, portanto, a necessidade de superação da dicotomia entre ações preventivas e curativas, individuais e coletivas, historicamente presentes na condução da atenção à saúde pública no Brasil. De acordo com o texto constitucional, a integralidade como um princípio fundamental em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde (MENDES, 1999; CONH, 2002).

Quando se considera a abrangência do conceito de integralidade, tal como ora descrito, pode parecer uma contradição à definição transcrita no texto constitucional: “Atendimento integral, com

prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997). A prioridade atribuída à prevenção tem forte conotação política, e leva em consideração a trajetória da atenção à saúde no Brasil. O texto constitucional busca resgatar a enorme dívida do sistema de saúde diante da prevenção das doenças da população brasileira. Assim o fez para dar um sentido de mudança à forma como, historicamente, se desenvolveu a assistência à saúde no Brasil. Rotineiramente, as organizações do setor dividiram suas ações em médico-assistenciais e preventivas e, por sua vez, tiveram pesos distintos no sistema, e foram oferecidas de maneira desigual. Hoje se busca proporcionar assistência integral por meio de uma maior articulação das práticas e tecnologias relativas ao conhecimento clínico e epidemiológico (CAMPOS, 2003).

Segundo Campos (2003, p. 6), sob essa ótica prevê-se que, de forma articulada, sejam ofertadas ações de promoção da saúde, prevenção dos fatores de risco, assistência aos danos e reabilitação, conforme a dinâmica do processo saúde-doença. Afirma o autor:

É importante ressaltar que os diferentes momentos da evolução da doença e as respectivas medidas a serem tomadas seguem o modelo da história natural da doença, teoria consagrada por White na década de 1960. Segundo essa teoria, o estágio em que se encontra determinado agravo à saúde está diretamente referido a níveis de intervenção segundo conhecimentos e tecnologias disponíveis para atuação em âmbitos individuais e coletivos. Estes precisam estar articulados e integrados em todos os espaços organizacionais do sistema de saúde.

Para além da definição legal e institucional presente no texto constitucional de 1988, Mattos (2001) situa a integralidade como

parte de uma “imagem objetiva”. Para ele, essa noção tem sido usada na área de planejamento para designar certa configuração de um sistema, uma situação que alguns atores na cena política consideram desejável, ou seja, é o que se deseja construir, diante do que já existe.

Tratar a integralidade como parte de uma “imagem objetiva” significa para o referido autor entender o termo numa perspectiva polissêmica. Assim, ele propõe uma reflexão coletiva acerca dos potenciais e limites da noção de integralidade, ou de sentidos da integralidade, no contexto da construção de políticas, sistemas e práticas de saúde mais justas.

Para este mesmo autor, o primeiro desafio na busca do atendimento integral é reestruturar a forma como os distintos estabelecimentos e organizações do setor saúde trabalham até os dias de hoje. A mudança das práticas de saúde deve ocorrer, primeiramente, do ponto de vista institucional, da organização e articulação dos serviços de saúde. E em segundo, das práticas dos profissionais de saúde, nas quais, historicamente, o médico é o sujeito, ator primordial, determinante do processo de estruturação das práticas integrais à saúde.

Nesse sentido, Mattos (2001) indica três grandes conjuntos de sentidos do princípio de integralidade: o primeiro refere-se a atributos das práticas dos profissionais de saúde. Relaciona-se com um movimento que ficou conhecido como medicina integral, com origem nos Estados Unidos, o qual criticava o fato de os médicos adotarem diante de seus pacientes uma atitude cada vez mais fragmentária. Esse sentido busca compreender o conjunto das necessidades de ações e serviços de saúde apresentados por um paciente; o segundo relaciona-se mais diretamente com a organização dos serviços e das práticas de saúde por meio de ações programáticas horizontalizadas; e o terceiro é relativo às configurações de certas políticas específicas ou especiais, desenhadas para dar respostas (governamentais)

a um determinado problema de saúde, ou aos problemas de saúde que afligem certo grupo populacional.

Para Mattos (2001, p. 61), esses três grandes conjuntos de sentidos têm “como eixo articulador a compreensão de que a integralidade implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura para o diálogo”. E subjacente a todos os sentidos da integralidade está o princípio do direito: o direito universal ao atendimento das necessidades de saúde.

Nessa mesma direção, Cecílio (2001, p. 113) trabalha com a ideia central de que “não há integralidade e equidade sem a universalidade de acesso garantida”. Por isso, adota a ideia de que a integralidade precisa ser desenvolvida em várias dimensões para ser alcançada da forma mais completa possível. Numa primeira dimensão, esta deve ser fruto do esforço e confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional, no espaço concreto e singular dos serviços de saúde, sejam eles um centro, uma equipe do PSF ou um hospital. É o que o autor vem chamar de “integralidade focalizada”, por ser trabalhada no espaço delimitado de um serviço de saúde. Como segunda dimensão, o autor indica a integralidade da atenção como fruto de uma articulação de cada serviço de saúde a uma rede composta por outros serviços de saúde e instâncias de serviços, numa perspectiva setorial. Com esse entendimento, o autor apresenta a ideia segundo a qual a integralidade não se realiza nunca em um serviço: a integralidade é objetivo da rede.

A esta articulação em rede, Cecílio (2001, p.119) denomina de “integralidade ampliada”. Tendo uma referência central cada serviço de saúde articularia “fluxos e circuitos”, a partir das necessidades reais das pessoas – a integralidade no “micro” refletida no “macro”; pensar a organização do “macro”, que resulte em maior possibilidade de integralidade no “micro”. Radicalizar a ideia de que cada pessoa,

com suas múltiplas e singulares necessidades, seja sempre o foco, o objeto, a razão de ser de cada serviço de saúde e do “sistema” de saúde.

Fonseca e Vilar (2000), ao analisarem o PSF como Estratégia Operacional da Atenção Primária à Saúde, estabelecem como um dos princípios organizativos a integralidade do cuidado, compreendendo que ele fortalece o princípio de universalidade do acesso e a efetividade do sistema de saúde. Essa perspectiva, consoante os referidos autores, ampliaria a cobertura de atendimento e favoreceria o reconhecimento dos problemas psicossociais da comunidade e da atenção aos indivíduos e suas famílias, em suas dimensões de seres humanos inteiros, como corpo, mente e consciência. Acrescentam: “Facilita a percepção de causas básicas e determinantes do processo saúde-doença, o que cria condições para a busca da definição de ações intersetoriais para a solução de problemas” (FONSECA; VILAR, 2000, p. 40).

Conforme Mendes (1999), como indica o princípio da integralidade no âmbito da atenção primária, e em particular no referido programa, a aplicação desse princípio implica perceber que os serviços de atenção primária envolvem ações promocionais, preventivas e curativo-reabilitadoras, providas de forma integrada, por meio da vigilância da saúde, e tais intervenções possuem uma totalidade que engloba os sujeitos do sistema e suas inter-relações com os ambientes natural e social.

A ATENÇÃO PRIMÁRIA E A INTEGRALIDADE SOB A ÓTICA DOS ENTREVISTADOS

A avaliação com os profissionais, usuários e membros do Conselho Local de Saúde, acerca da efetividade da integralidade das ações desenvolvidas na atenção primária em saúde, os levou a terrenos diversos, nos quais se encontram concepções convergentes e divergentes.

Concepções de atenção primária segundo as visões dos entrevistados

Concernente aos profissionais, vários elementos foram indicados no tocante à discussão da atenção primária. Uma referência recorrente quanto à atenção primária diz respeito ao atendimento primeiro, atendimento básico, atendimento preventivo e curativo, segundo exemplificado por meio dos depoimentos a seguir:

Atenção primária são os cuidados de prevenção, curativo, que se tem que ter com as pessoas de uma comunidade. É o começo do sistema de saúde. Sem ter um trabalho bom na atenção primária, desanda o resto (ENTREVISTA Nº 3 – PROFISSIONAIS).

A atenção primária, como o diz, é o que vem primeiro. Primeiro em termo de gravidade, [...] de assistência. Pra mim, a atenção primária é basicamente prevenção. [...] Eu acho que o posto de saúde, que é atenção primária, que no nosso caso, que é o PSF, é uma demanda programada, que não acontece, então eu acho que deve ser mais preventiva do que curativa (ENTREVISTA Nº 7 - PROFISSIONAIS).

A atenção primária e o PSF, em específico, eu acho que vem pra atuar nas bases da população mais carente, e não só pra dar aquele tratamento curativo que nós estávamos acostumados, quer dizer, a pessoa adquire a doença propriamente dita e a gente curava, então há uma inversão da ideia de saúde que a gente vai, procura nas bases educar e procura melhorar a saúde como um todo e a bucal, no meu caso específico. Mas, infelizmente, a gente não está separado de um contexto político e econômico, porque ainda o que dificulta é o acesso das pessoas, a dificuldade econômica das pessoas (ENTREVISTA Nº 6 – PROFISSIONAIS).

Observamos nos relatos desses entrevistados elementos que indicam o aspecto preventivo como a principal atividade a ser desenvolvida na atenção primária. De certa forma, o enfoque da prevenção na atenção primária indicada pelos profissionais vem ao encontro de uma tendência muito forte nos últimos anos no Brasil, particularmente, após a promulgação da Constituição de 1988, e especialmente as leis que destacam o atendimento integral à saúde e a prioridade das atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.

Em visão mais ampla que a dos entrevistados, como afirma Bash (apud STARFIELD, 2003, p. 31), a partir da Declaração de Alma-Ata, a atenção primária em saúde foi reconhecida como uma porção “integral, permanente e onipresente do sistema de atenção à saúde, em todos os países, não sendo apenas uma coisa a mais”. Até por conta do caráter de aplicação universal a todos os sistemas de saúde em nível mundial, sem levar em conta as especificidades locais, possibilita a ampliação dos componentes de intervenção à atenção primária como educação em saúde, saneamento ambiental, programas de saúde materno - infantil, imunizações locais, prevenção de doenças endêmicas locais, tratamento adequado de doenças e lesões comuns, fornecimento de medicamentos essenciais, promoção de boa nutrição e medicina tradicional.

No caso do Brasil, devido ao processo de discussão crítica vivenciado no setor saúde, a prevenção teve uma conotação mais forte. Talvez, isso tenha sido o aspecto mais evidenciado nas falas dos entrevistados.

Para Giovanella et al.(2002), a prevenção das doenças e dos acidentes organiza-se como a maneira de olhar e de estruturar as interações que procuram antecipar-se aos eventos, atuando sobre problemas específicos ou sobre um grupo deles, de modo a alcançar indivíduos ou grupos em risco de adoecer ou se acidentarem. Isto só é

possível, conforme essa autora, se tiver como perspectiva a integralidade na organização do sistema de saúde.

Em alguns relatos dos entrevistados, um aspecto merece ser enfatizado. É o entendimento segundo o qual a atenção primária é o início do sistema de saúde, e prescindindo de organização, ocorrem dificuldades de funcionamento dos demais níveis de organização da saúde. Essa perspectiva é afirmada por Mendes (1999), quando resalta que a atenção primária é considerada a base de um sistema de saúde racional, que se bem-organizado constitui pré-condição para o funcionamento de um sistema de saúde eficaz, eficiente e equitativo.

A fala a seguir indica uma primazia à atenção primária, como se esta fosse o espaço onde tudo acontece e se funcionasse na sua totalidade os outros níveis do sistema não teriam tantos problemas. Esse relato atribui à atenção primária uma supercapacidade de resolatividade das necessidades em saúde da população. Tal entendimento superestima esse nível em detrimento da urgência de organização dos outros níveis do sistema de saúde, conforme a seguir: “A atenção primária à saúde é básica [...] então assim, a importância da atenção primária é onde tudo acontece; se existisse uma política verdadeira que acontecesse mesmo na atenção primária o pessoal da atenção secundária estaria tudo de braço cruzado nos hospitais” (ENTREVISTA Nº 5 – PROFISSIONAIS).

Conforme reitera Campos (2003), dar prioridade à prevenção não é, obrigatoriamente, uma estratégia de contenção de custos. Para o autor, não se pode descuidar do atendimento das demais necessidades de saúde, nos níveis mais complexos do sistema, quando se tem em mente o cumprimento dos objetivos e pressupostos do SUS. Estes são, segundo a Lei Orgânica da Saúde, assegurar o acesso universal e igualitário a todos os níveis de assistência e prestar ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos.

Em alguns outros relatos, como os dos/as usuários/as, a atenção primária ainda é vista como uma atenção focalizada, mesmo que preventiva, para a população carente.

Quanto aos relatos do segmento usuário/a, suas visões podem ser compreendidas nas entrelinhas. De modo geral, os/as entrevistados/das desse segmento explicitam a compreensão de que o atendimento na Unidade de Saúde Guiomar Arruda deveria funcionar de maneira mais rápida, em caráter emergencial, de pronto - atendimento. Vejamos:

De importante não vejo nada, até porque o atendimento aqui não é muito bom. Aqui é um sacrifício para você conseguir se consultar. Se tem uma pessoa doente, a pessoa fica boa até esperar o dia da consulta (ENTREVISTA Nº 1 – USUÁRIO).

O problema [...] é que hoje tou boa, mas amanhã já tá doente, [...] aí vem para cá, mas está tudo cheio, aí vai para a Santa Casa, às vezes é atendido, às vezes não (ENTREVISTA Nº 5 – USUÁRIO).

O atendimento daqui é bom, só precisa melhorar quando a gente precisa de repente e vem para cá (ENTREVISTA Nº 3 – USUÁRIO).

É muito importante, porque a gente não tem condições de pagar uma coisa melhor. Mesmo chegando às 7 horas para ser atendido ao meio-dia, mas para a gente é importante. Ai de nós se não fosse isso daqui (ENTREVISTA Nº 11 – USUÁRIO).

No período de realização da pesquisa, observamos nas conversas entre os usuários, principalmente na fila de marcação de consulta, relatos que expressam as dificuldades de acesso a consultas nessa

unidade de saúde, ou mesmo em outras localizadas no bairro ou adjacências. No geral, os comentários apontam a dificuldade financeira da população no deslocamento para outros serviços de saúde. Desse modo, a unidade de saúde local torna-se referência para todos os problemas de saúde, mesmo em emergências. Com frequência, esses relatos são reiterados na ocasião das entrevistas.

Essa busca da população por atendimento na própria Unidade Básica de Saúde da Família (UBASF) tem várias explicações: a dificuldade de acesso aos serviços de emergência; a carência financeira para o deslocamento; o entendimento do processo saúde-doença; o formato histórico e cultural da política de saúde; o modelo de saúde que vem sendo organizado em Fortaleza, especificamente, na Unidade Guiomar Arruda. Sobressai, também, o pouco esclarecimento da população sobre as atividades desenvolvidas na atenção primária, dentro do PSF.

Com base nos relatos e na observação de campo, segundo podemos afirmar, a dificuldade de acesso é uma questão que impõe muitos desafios para todos os níveis do sistema. Como sugerem os relatos, a dificuldade de acesso não é só na unidade pesquisada, mas também em outras unidades, principalmente as emergenciais, a exemplo das dos hospitais secundários e terciários da cidade de Fortaleza. Outro aspecto, diretamente ligado com o problema do acesso, diz respeito ao entendimento na comunidade com relação aos serviços prestados por essa unidade, a mostrar duas possibilidades de interpretação: ou a comunidade não tem clareza de como a unidade está programada para atender, ou como a dificuldade de acesso e as próprias carências econômicas dos usuários são reais, a opção é buscar o atendimento no serviço mais próximo de suas moradias, no caso, a UBASF em referência. Como afirmam: “É mais próximo, o jeito é vim para cá” (ENTREVISTA Nº 15 – USUÁRIO). “Ajuda

muito porque é mais perto, a gente não precisa pagar transporte” (ENTREVISTA Nº 5 – USUÁRIO).

Embora com acompanhamento ambulatorial assegurado por alguns programas, para a maioria dos entrevistados a questão do acesso é o maior problema enfrentado pelos familiares e a comunidade.

É importante, principalmente pra quem é hipertenso, a gente faz o tratamento direitinho (ENTREVISTA Nº 33 – USUÁRIO).

Só tem importância porque pego remédio, [...] quando meus meninos adoecem, eu levo diretamente para o hospital infantil, [...] na minha opinião, aqui não presta não (ENTREVISTA Nº 17 – USUÁRIO).

É muito ruim, aqui é péssimo, não vou dizer que é bom, porque não é. Porque a gente vem marcar uma ficha é para daqui um mês, dois meses. Mas sem isso daqui a gente não teria nada (ENTREVISTA Nº 11 – USUÁRIO).

Diante destes relatos, algumas questões podem ser levantadas. Por que as pessoas entrevistadas, do segmento usuário, expressam uma visão centrada na doença, no médico e no medicamento? Por que a grande maioria dos sujeitos da pesquisa não consegue ver nessa atenção uma perspectiva de prevenção e muito menos de promoção à saúde? As respostas são muitas, algumas complexas, outras mais simples. Considera-se, porém, esse cenário como resultante de um processo histórico de priorização da cura, a evidenciar a necessidade de que ocorram mudanças ou mesmo o aprofundamento das atividades em curso, seja na organização e disposição do sistema de saúde, seja na prática dos profissionais ou no processo de organização e reivindicação da população.

Relativamente às visões do segmento conselheiros, os relatos a seguir expõem algumas perspectivas de compreensão mais aproximadas acerca dos propósitos da atenção primária:

O nome já diz, a atenção primária é aquela que chega primeiro, a primeira atenção, que vem antes da doença, vem antes dos problemas estarem instalados. Então é aquela atenção que ela chega antes, que tem que estar em cima, que enfoca a promoção da saúde, a prevenção da doença, que chegue exatamente primeiro (ENTREVISTA NO 3 – CONSELHEIRO).

Atenção primária são os primeiros problemas que vêm da comunidade, é uma forma de evitar doença, que a pessoa chegue até o hospital. [...] O SUS cobre todo o atendimento. Agora, a lei não é cumprida (ENTREVISTA NO 8 – CONSELHEIRO).

Quer dizer, para o segmento conselheiro, a atenção primária, compreendida para além do aspecto preventivo, aparece pela primeira vez também como promoção à saúde. Como observamos, no entanto, ainda está longe de ser uma das práticas em saúde presentes na unidade pesquisada.

O relato seguinte traz à tona uma discussão envolta no entendimento do que seja uma atenção primária. Diz o entrevistado: “Eu acho que não deveria ter esse atendimento primário, porque nós estamos sendo prejudicados, porque tudo é muito precário. Era pra ter um centro com mais especialidades, pra ter um atendimento especial como no Carlos Ribeiro” (ENTREVISTA NO 9 – CONSELHEIRO).

É possível ler nas entrelinhas desse relato a trajetória percorrida na gestão e evolução da atenção primária no Brasil. De modo geral, essa trajetória incluía à operacionalização e o desenvolvimen-

to de uma atenção primária seletiva de saúde, ou seja, uma prática complementar à medicina flexneriana, na qual se priorizava uma ação junto às populações pobres das zonas rurais e urbanas, com o uso de tecnologias simples e de baixo custo para o tratamento de doenças comuns. Como exemplo, sobressaem as diarreias e pneumonias que atingiam esse conjunto populacional. Essa intervenção sobre os problemas de saúde era focalizada nas doenças, e não causava grande impacto na diminuição da mortalidade (MENDES, 1999; VASCONCELOS, 2001).

A INTEGRALIDADE DAS AÇÕES NO PSF NO BAIRRO PIRAMBU

A integralidade das ações, um dos princípios do SUS, traz em si a compreensão da necessidade de articular as atividades de prevenção, promoção, reabilitação e recuperação em cada nível do sistema de saúde, com um horizonte de intervenção individual e coletivo. Isso exige situar o indivíduo numa totalidade, inserido em um contexto social mais amplo. Entretanto, a pesquisa propiciou percebermos uma cisão da unidade teoria-prática.

A integralidade das ações no PSF segundo as visões dos entrevistados

Para o segmento constituído por profissionais, de modo geral, é bastante claro que a integralidade das ações acontece, mas não depende só do seu trabalho; depende, também, de mudanças de concepção de saúde, mediante o acompanhamento prestado, pela forma como trata o paciente, pela qualidade e não a quantidade de atendimentos realizados e pela forma como vem se estruturando e se organizando o setor saúde.

Acerca do entendimento dos entrevistados sobre integralidade das ações, há divergências. Para alguns, um acompanhamento inte-

gral “deve atender o paciente como um todo, da medicação à escuta das suas necessidades”. Essas necessidades, em algumas situações, significariam até a revelação da intimidade do paciente para o profissional responsável pelo atendimento, em razão da confiança estabelecida entre ambos. Um agente comunitário de saúde expressa o conflito de ter de fazer um trabalho integral, de escuta das necessidades do usuário e o dever de “ter de cumprir” as metas estabelecidas de visitas mensais. Claramente, como indica essa fala, a escuta ao usuário pode representar horas de trabalho dispersas para a coordenação do PSF, de atividade não realizada. Isto poderá comprometer as estatísticas previstas pelos gestores locais e trazer problemas para o profissional que demorou mais tempo no seu atendimento. Pelo relato, ainda impera na unidade de saúde a preocupação com a quantidade de atendimento, em detrimento das necessidades e da qualidade do serviço oferecido à população.

[...] Apesar [do] tempo de implantação, a integralidade ainda vai demorar muito, ainda tá sendo trabalhada, [...] isso é problema a ser resolvido a longo prazo [...], não depende somente dos profissionais, [mas também] das pessoas maiores, da comunidade (ENTREVISTA Nº 3 - PROFISSIONAIS).

Para ter essa integração tinha que ser assim: o paciente tinha que vir para a unidade, [...] ser atendido pelo profissional, medicado, [ter um] acompanhamento mensal. Se ele toma um remédio, mas a pressão continua do mesmo jeito, o paciente tinha que ser acompanhando passo a passo, porque a gente sabe que não é só a medicação, a gente sabe que um tratamento [...] vem composto de outras coisas. [...] Assim, toda essa atenção tinha que ter não só a medicação e vai embora. Outra coisa é que a abertura do paciente depende muito do atendimento que ele tem com profissional, porque tem médicos que [...] não dão abertura para o pa-

ciente. Tem médicos que quando a pessoa vem se consultar a pressão dele sobe, porque ele fica nervoso. Aí é que entra a integração, porque o médico tem que ter toda aquela paciência, para poder dar uma assistência melhor. Eu acho que a comunidade se sente mais à vontade com os agentes, porque a gente faz parte da comunidade. Isso não só em relação à saúde, mas, assim, no meu caso, eles confiam demais, até em falar coisas da intimidade deles. Mas isso depende do profissional. Muitas vezes eu não posso fazer nada, mas pelo menos oriento. [...] O agente de saúde tendo uma postura como profissional, ele sabendo escutar. Porque o que querem da gente é números, muitas vezes não é qualidade, tem que se fazer tantas visitas por dia. Porque se você fizer uma que oriente aquela pessoa, que você der uma medicação e retorne pra ver o efeito da medicação, você não pode esperar, ou voltar pra ver, porque só conta uma visita. Às vezes você volta, mas é difícil, porque tem que cumprir as dezesseis visitas (ENTREVISTA Nº 2 – PROFISSIONAIS).

Outros relatos indicam que a integralidade vem acontecendo em alguns programas específicos, a exemplo do planejamento familiar, pré-natal e puericultura. Nestes, em muitas situações, o profissional acompanharia uma “geração familiar”, em virtude dos vínculos que se estabelecem entre seus membros e os profissionais, como exposto:

A integralidade é um ponto positivo na atenção primária. É uma coisa que sempre digo que a vantagem de os profissionais da saúde da família de certa forma terem dedicação exclusiva é exatamente o vínculo entre o profissional e o usuário, porque hoje muitas crianças que estão [...] com oito anos, eu fiz o pré-natal das mães. Então aqui você trata a criança, o adolescente e a mulher em várias fases da sua vida. [...] De certa forma existe a integralidade das ações, principalmente na saúde da mulher, e da criança porque vem desde o pré-natal até os dois anos onde ela é acompanhada pelo

agente de saúde e pela puericultura. Mas acho que a integralidade é um fator forte, mas ainda não é uma grande preocupação. Essa integralidade, os profissionais conhecerem os usuários pelo nome, os usuários conhecerem os profissionais pelo nome, de certa forma ter uma certa confiança de que chegar aqui e vai ser atendido, vai resolver aquele problema, de se não conseguir, vai ser encaminhado (ENTREVISTA Nº 5 – PROFISSIONAIS).

Como explícito em algumas falas, a integralidade das ações não vem acontecendo com maior expressão por conta da ausência de outros profissionais no PSF. Entretanto, por mais que destaquem a ampliação da equipe com outros profissionais, há um entendimento de integralidade como interdisciplinaridade:

[...] é o assistente social, é o psicólogo, que infelizmente a gente não tem ainda. E se a gente tivesse, o trabalho ia ser desenvolvido. E eu acho que já [...] tá tatiando, já tem uma integralidade de ação muito boa, na grande maioria dos PSF com os médicos e enfermeiros. Apesar [...] receio do médico, mas eles já estão vendo que é mais lucrativo se o negócio andar junto. Mas ainda falta muito [...] profissional pra gente botar no programa. O primeiro passo já foi dado quando o médico tentou deixou de ser uma equipe, e o segundo seria de incorporar outros profissionais (ENTREVISTA Nº 7 – PROFISSIONAIS).

Outros relatos trazem algo fundamental para a ampliação da discussão relativa à urgência de se pensar novas estratégias para superar os dilemas vividos na área da saúde. Tem razão Camargo Júnior (2003) ao afirmar ser preciso reconhecer que os indivíduos isolados, ou mesmo categorias profissionais inteiras, são limitados para atender a variedade e nível de demandas dos sujeitos em

suas necessidades de saúde. Daí, pensar o trabalho interdisciplinar e multiprofissional no campo da saúde torna-se uma exigência, superando um paradigma que prevê a criação de superprofissionais, capazes de atender a toda e qualquer necessidade dos indivíduos.

Destaque-se também: embora não haja uma recorrência por parte dos entrevistados, a indagação a seguir é enfática, e pode traduzir lacunas nos processos de capacitação dos profissionais atuantes no PSF. “Como assim? Integralidade? Nunca ouvi falar sobre isso” (ENTREVISTA Nº 4 – PROFISSIONAIS).

Visões dos usuários sobre a integralidade das ações no PSF

Para o segmento usuário, o entendimento e avaliação acerca da concretização da integralidade das ações no PSF se revelam conforme exposto a seguir:

[...] A gente se dá bem. Os profissionais são educados, tratam a pessoa bem, só os médicos é que são ignorantes, tem um que trabalha aqui que é muito ignorante (ENTREVISTA Nº 1 – USUÁRIO).

[...] A gente se sente bem, só que às vezes eles perguntam as coisas, às vezes não perguntam nada [...] (ENTREVISTA Nº 2 – USUÁRIO).

[...] Sou bem atendido, fico bem à vontade. Quando você vai para o médico tem que ir bem relaxado [...]. Na consulta [...] expliquei como perdi minha capacidade motora (ENTREVISTA Nº 10 – USUÁRIO).

[...] Me sinto muito bem [...]. Com os outros profissionais nunca tive problema, sempre fui bem atendida, mas me sinto mais à vontade com a agente de saúde. Tem vezes que a gente não sai bem informada da consulta, porque é ligeiro, não dá

tempo. Os profissionais têm muitos problemas, é muita gente para atender (ENTREVISTA Nº 16 - USUÁRIO).

Estes relatos trazem elementos que expressam formas do relacionamento cotidiano entre os usuários e os profissionais de saúde. Algumas pistas indicam a existência de vínculos mais aproximados entre esses dois segmentos. Por meio da observação direta realizada nas microáreas ou durante o acompanhamento às consultas ambulatoriais, percebemos certa construção desses vínculos, porquanto a própria existência dos programas leva a isso.

Entretanto, outros relatos apontam as dificuldades para a construção desses vínculos, embora também haja indicação muito clara de que a aproximação entre alguns profissionais e os usuários já vem acontecendo. Como observamos, aparece, em alguns relatos, evidencia-se a compreensão dos usuários com relação às dificuldades enfrentadas pela equipe para o desenvolvimento de um trabalho de melhor qualidade, devido a enorme demanda sob a responsabilidade dos profissionais. Porém explicitam as dificuldades de relacionamento do profissional médico que até então atendia os usuários da “equipe vermelha”.

[...] Só quem tratava a gente meio diferente era o médico anterior, mas os outros tratam a gente bem [...]. Mas nem sempre a gente fica à vontade, porque tem dia que eles estão com uma cara feia. Lá na portaria eles são muito ignorantes (ENTREVISTA Nº 12 – USUÁRIO).

[...] Me sinto bem, quando eles atendem aqui ou quando [...] passa lá em casa, não tenho vergonha de perguntar as coisas. Só não gostava do doutor que já saiu, porque quando ele atendia a gente tratava como se a gente fosse uma pessoa qualquer [...], ele não era um bom doutor, atendia rápido,

não tinha muita conversa, acho que na consulta precisa de conversa, como faz a enfermeira, ela atende bem (ENTREVISTA Nº 27 – USUÁRIO).

Essas falas nos remetem ao debate acadêmico sobre a formação e a capacitação dos profissionais de saúde que, de modo geral, enfatizam somente os conhecimentos sobre doenças e agravos. Tal ênfase geraria

uma lacuna de formação no campo relacional, transferindo à sensibilidade e à habilidade de cada profissional a possibilidade de um bom desempenho, conforme verificou Favoretto (2002), ao analisar o Programa Médico de Família do Ministério da Saúde (SILVA JÚNIOR et al., 2003, p.125).

Aspectos de fragilidade na formação e capacitação dos profissionais de saúde são sinalizados por Mattos (2001, p. 62), quando analisa a integralidade da atenção nos serviços de saúde, em que alguns profissionais, na sua prática cotidiana, “impossibilitados de tratar com sujeitos, tratam apenas de doenças. Lidam com os sujeitos como se fossem apenas portadores de doenças, e não portadores de desejos, de aspirações, e de sonhos”. Os relatos dos usuários a seguir expressam bem o entendimento desse autor:

Quando venho pra consulta é assim que me sinto, até no pré-natal, até troquei de enfermeira [...]. Ela não orienta direito, só diz que tudo tá perfeito, tá ótimo [...] (risos), não fico satisfeita não, porque se o bebê tiver um problema, uma doença? Falta mais orientação. Eu gosto da agente de saúde, ela trata a gente bem. Agora gosto do médico novo, ele atende a gente direito, fala, explica, examina a gente, ele é um médico, um médico mesmo que a gente abre a boca e pode dizer (ENTREVISTA Nº 10 – USUÁRIO).

[...] O outro médico, ninguém gostava dele [...], só passava o remédio e pronto, ele saiu. Aí veio o outro doutor, ele examinava direitinho, só que ele já saiu, agora a nova doutora é a primeira vez. Na hora da consulta eu me sinto bem (ENTREVISTA Nº 35 – USUÁRIO).

A agente de saúde que passa lá em casa é muito legal, conversa [...], explica as coisas. Com esse médico novo ele é muito legal, o outro era muito ignorante. A gente tem que perguntar tudo, porque se [...] não perguntar é a gente que é prejudicada (ENTREVISTA Nº 11 – USUÁRIO).

Além de ratificarem os relatos anteriores, estes ora apresentados apontam o desejo dos usuários de serem vistos, de deixarem de ser invisíveis aos olhos dos que têm por função atender suas necessidades de saúde. É a expressão de uma vontade, do desejo de estabelecer uma relação face a face, de falar de si, da necessidade que o profissional o escute antes de qualquer confirmação de diagnóstico, talvez seja o que Teixeira (2003, p. 91) sugere: “a necessidade de superação do monopólio do diagnóstico de necessidades e de integrar a voz do outro nesse processo.”

Essa necessidade de se expressar aparece em muitos momentos das entrevistas. Há momentos fundamentais para a manifestação desses desejos, frustrados em razão de inúmeros fatores, seja a falta de habilidade relacional do profissional, a timidez do usuário ou mesmo a precariedade das condições físicas, ou a ausência de privacidade do ambiente onde são realizados os trabalhos de educação em saúde. Os trechos de entrevistas ora reproduzidos são ilustrativos a este respeito:

[...] Não gosto daqui porque quando a gente vai para a consulta não pergunta o que a gente sente, já vê no papel que a

gente tem diabetes [...] elas têm que perguntar onde sinto uma dor. Tenho depressão, mas não tem tratamento aqui (ENTREVISTA Nº 8 – USUÁRIO).

[...] Aqui no posto eles falam, eu leio os cartazes que falam como se prevenir das doenças (ENTREVISTA Nº 19 – USUÁRIO).

[...] Tem umas palestras [...] não tenho muita lembrança do que se tratava (ENTREVISTA Nº 25 – USUÁRIO).

[...] Passa o carro da dengue, vejo alguns cartazes, mas só isso (ENTREVISTA Nº 6 – USUÁRIO).

[...] A enfermeira sempre orienta sobre HIV e planejamento familiar (ENTREVISTA Nº 12 – USUÁRIO).

Admitimos que a grande questão posta por meio desses relatos é o entendimento de que as necessidades dos usuários vão muito além de um diagnóstico centrado no indivíduo, da quantidade de informações que são repassadas [...], ou até mesmo de um trabalho preventivo. Para além dessas demandas explícitas, há pontos fundamentais a serem observados quando *a integralidade é o horizonte de trabalho em saúde*. Nesse sentido, é indispensável ao profissional de saúde um nível satisfatório de sensibilidade e uma postura de menos distância e impessoalidade. Supomos que esse seja um dos grandes desafios da integralidade na atenção básica. Somente quando os profissionais de saúde estiverem abertos para outras necessidades que não apenas as diretamente ligadas à doença presente ou passível de vir a se apresentar, poderemos entender o sentido da integralidade (grifamos).

Concordamos com Mattos (2001), ao reconhecermos o seguinte: as necessidades dos que buscam serviços de saúde não se reduzem à

perspectiva de abolir o sofrimento gerado por uma doença, ou à perspectiva de evitar tal sofrimento. São cenas cotidianas e rotineiras, que batem às portas dos serviços de saúde. No geral, não trazem novidade; são velhos problemas e, quase sempre, velhas respostas. Entender o conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde que um paciente apresenta seria a marca desse sentido de integralidade.

Visões dos conselheiros sobre a integralidade no PSF

Com relação ao segmento constituído pelos conselheiros, o entendimento acerca da integralidade das ações em saúde no PSF e as principais questões que vêm dificultando a efetividade desse princípio no processo de organização do SUS, os depoimentos a seguir são bastante esclarecedores:

Esse princípio é exatamente você buscar assistir o paciente em todo [...] o seu contexto, ter uma atitude, ter uma intervenção diante daquele paciente dentro do seu todo. É fazer naquele momento que você está assistindo, na sua atenção, [...] todos os aspectos [...] tudo o que constrói a individualidade. Agora, esse princípio por vários fatores ainda está em fase de estruturação, ele ainda precisa ser repensado, ser discutido entre os profissionais, ser reforçado entre os gestores (ENTREVISTA No 3 – REPRESENTANTE SOC.).

Integralidade é uma ação onde você tenta fazer o possível para a comunidade, atender bem, mas o PSF ainda não tem condições de fazer tudo (ENTREVISTA No 4 – REPRESENTANTE MUN.).

Nunca ouvi falar desse termo integralidade das ações, mas acho que [...] é juntar tudo, unir tudo. A gente tenta fazer isso, mas ainda é muito difícil, não sei quando vamos

conseguir [...] (ENTREVISTA No 6 – REPRESENTANTE MUN.)

Eu entendo por integralidade o melhor jeito que puder pra atender. Eu entendo que é um trabalho integral na comunidade, para prevenir as doenças e a cura é no posto. Eu acho que o que a gente vê como conselheira é que aqui no Guimarães Arruda ele não tem condições físicas de trabalhar com o PSF [...]. Então, eu acho que essa atenção integral ainda não acontece, não existe (ENTREVISTA No 1 - REPRESENTANTE USUÁRIOS).

Os relatos ora apresentados partem do entendimento de que integralidade significa total, inteiro, global. A integralidade é o atendimento de todas as necessidades do usuário, nas suas diversas dimensões.

Não é aceitável, conforme destaca Mattos (2001), que os serviços de saúde estejam organizados exclusivamente para responder às doenças de uma população, embora eles devam responder a tais doenças. Os serviços devem estar organizados para realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população à qual atendem, onde a integralidade emerge como um princípio de organização contínua do processo de trabalho. Essa ampliação significa uma posição de diálogo entre os diferentes sujeitos e as diferentes percepções das necessidades vivenciadas nas unidades de saúde.

Consoante mostram os relatos a seguir, muitas questões são indispensáveis para a realização de uma perspectiva de integralidade das ações em saúde. Como eles expressam, as dificuldades econômicas vividas por essa população rebatem diretamente no trabalho desenvolvido pelo PSF. Somados às dificuldades de ordem econômica e social, os relatos indicam as dificuldades vivenciadas na UBASF, a exemplo da precária estrutura física e de materiais, e a demanda

maior do que a capacidade operacional da unidade, a comprometer o desempenho dos profissionais e a qualidade do atendimento oferecido. Afirmam os entrevistados:

[...] No acompanhamento ainda não dá pra dar essa assistência total. No PSF ainda falta muita coisa pra dar certo. O que o povo cobra mais é a parte econômica, e aí como é que um médico vai dar conta disso, ele vai é cuidar da doença, de uma ferida, duma pneumonia da criança, de uma infecção, mas a parte econômica mesmo, de um saneamento, de ter um banheiro, das panelas tudo seca, ninguém tem o que comer, tão passando fome, tudo isso fica difícil para o PSF dar conta. Tem gente que vem pra consulta, mas é só pra dizer o que tá passando dentro de casa. Aí o PSF não tem como resolver (ENTREVISTA No 4 – REPRESENTANTE MUN.).

[...] É muito difícil essa integralidade acontecer quando falta quase tudo numa unidade, como é que os profissionais podem trabalhar? (ENTREVISTA No 9 – REPRESENTANTE USUÁRIOS).

Como mostram os relatos ora descritos, os desafios precisam ser encarados no sentido da concretização de uma assistência integral na área da saúde. Primeiramente, os limites do setor de saúde com relação às questões sociais mais prementes como o acesso a trabalho, a alimentação, a habitação etc. De fato, o setor saúde não tem como responder a essas necessidades sociais, a não ser por meio da intersetorialidade, cujas tentativas devem ser intensas e amplas. Em segundo lugar, as condições de trabalho dos profissionais, que não permitem um acompanhamento eficaz aos usuários, devido a enorme e crescente demanda por serviços de saúde, levando a uma

assistência ainda focalizada e mais quantitativa que qualitativa. Os relatos a seguir reforçam essas questões. Vejamos:

Não tem nem como, é muita família pra pouca equipe. E necessita de outros órgãos pra ajudar na melhoria de vida das pessoas da comunidade (ENTREVISTA No 8 – REPRESENTANTE USUÁRIOS).

Muitas vezes não dá pra ter essa atenção integral, porque o PSF ele acaba ficando limitado em alguns pontos [...] você consegue ir até certo ponto, aí você entra nas questões da intersectorialidade também, que vai complementar a integralidade da ação. Pela complexidade que se tem, ainda se deixam muitas lacunas na integralidade, a gente acaba atendendo aquelas necessidades mais emergenciais, pacientes realmente acamados, as puérperas, nós não conseguimos intervir, fazer trabalho na dinâmica familiar, fazer trabalhos de prevenção e promoção, exatamente porque a gente não consegue dar conta, alcançar isso (ENTREVISTA No 3 – REPRESENTANTE SOC.).

Há ainda relatos de conselheiros a expressarem que pouca coisa mudou com a chegada do PSF, seja em virtude do distanciamento entre médico e paciente, seja da efetivação de um programa que foi pensado para os pequenos vilarejos e aplicado em áreas específicas de grandes metrópoles, sem um processo de avaliação mais profundo. As afirmativas a seguir são exemplares a este respeito:

Essa integralidade das ações não existe. Primeiro, porque o trabalho entre o médico e o paciente é muito distante, se você acompanhar o trabalho da equipe que vai até a casa, você vai dizer assim: [...] esse é o Programa Saúde da Família? Então não existe essa integralidade. Eu não vejo diferença entre o que se tinha antes do PSF e o que se tem hoje. La-

mentavelmente não teve mudança nenhuma, o que teve foi muito desandamento, porque as pessoas ficam aguardando o médico em casa, só que acaba é ficando mais doente e vêm mesmo é para o posto. [...] O Guiomar Arruda tem quatro equipes, cada uma atende no mínimo 350 mil famílias, ou seja, cerca de 5 mil [...], 6 mil pessoas, a unidade aqui não tem capacidade de atender. O médico que atende aqui é o mesmo que faz as visitas. Como é que ele consegue abranger toda a sua área? (ENTREVISTA No 2 – REPRESENTANTE USUÁRIOS).

Esse segmento de conselheiros ainda expressa uma compreensão limitada com relação ao que seja um atendimento integral. Determinado relato traduz uma visão muito restrita das necessidades humanas, além da negação dos direitos fundamentais ao exercício da cidadania. Esse entendimento sintoniza-se a uma perspectiva bastante presente no senso comum de que “as pessoas exigem demais, não se contentam com o que dispõem”. Diz o entrevistado: “A gente não consegue ainda dar essa atenção integral [...], mas quando chega num ponto, aí a pessoa vai querer mais [...] Às vezes a gente tenta fazer o impossível, mas é muito difícil atender tudo o que as pessoas precisam (ENTREVISTA No 6 – REPRESENTANTE MUN.).

Numa aproximação ao pensamento de Heller (1982), acerca dos carecimentos e desejos humanos, este relato indica uma concepção bem forte em nossa sociedade, um movimento quase “natural” de que devemos sonhar pouco, desejar pouco e nos conformar com o que está posto. Ela restringe as necessidades vividas por milhares de pessoas que percorrem corredores de unidades de saúde, as quais, por se tratar de raio de abrangência muito maior do que os limites do corpo biológico, não podem ser secundarizadas até porque grande parte dessas necessidades aparentemente individuais pertencem a um quadro maior de necessidades coletivas.

Diante de necessidades desta natureza, concordamos com Cecílio (2001), para quem não é possível pensarmos em integralidade e equidade sem a universalidade de acesso garantida. Como evidenciam os relatos apresentados, a dificuldade do acesso ainda é um dos grandes entraves na organização da atenção primária à saúde. As portas do sistema de saúde ainda permanecem fechadas para milhões de brasileiros que buscam soluções para suas necessidades em saúde.

Todos os aspectos relacionados anteriormente nos impelem a relembrar o seguinte: a Constituição de 1988 garante que o acesso à saúde é um direito universal, e isso é um ponto inquestionável. Então, no cotidiano do sistema de saúde, não vem sendo garantido esse acesso universal. As dificuldades estão postas pela não efetivação do acesso universal ou pela forma como o modelo de saúde vem operando nessas unidades que não permite essa universalização.

Com inspiração em Mattos (2001), somos favoráveis à ideia de que o primeiro desafio na busca do atendimento integral é reestruturar o modo como os distintos estabelecimentos e organizações do setor saúde vêm trabalhando. A mudança das práticas de saúde deve ocorrer, primeiramente, do ponto de vista institucional, da organização e articulação dos serviços de saúde; em segundo lugar, essas mudanças dependem também das práticas dos profissionais, as quais, historicamente, têm o médico como o sujeito, ator primordial, determinante do processo de desenvolvimento das práticas em saúde, em detrimento de uma prática horinzontalizada. Na verdade, esse é o grande desafio: tornar a integralidade das ações uma prática cotidiana nos serviços de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Avaliar o PSF em Fortaleza, sob a ótica de profissionais, usuários e conselheiros de saúde, destacando a efetividade da integrali-

dade das ações, foi um desafio e ao mesmo tempo uma experiência enriquecedora, especialmente porque nos propiciou vários olhares acerca do objeto estudado.

Há uma proximidade de entendimento entre os segmentos profissional e de conselheiro, ou seja, a atenção primária é o início do sistema de saúde e a precariedade de sua organização dificulta o funcionamento dos demais níveis de organização da saúde. Nesses dois segmentos, há uma indicação muito forte de que o aspecto preventivo é a principal atividade a ser desenvolvida na atenção primária. Os relatos do segmento constituído por usuários apresentam, de modo geral, uma compreensão de que o atendimento na Unidade de Saúde Guiomar Arruda deveria funcionar de maneira mais rápida, em caráter emergencial, de pronto - atendimento. Com isso, fica explícito por parte desse segmento um desconhecimento do real papel do PSF.

A compreensão para o segmento de profissionais, com relação ao princípio da integralidade, é inserida num contexto maior. Apesar de todas as análises apontarem dificuldades no PSF, percebemos seu entendimento de que a integralidade das ações vem acontecendo, porém de modo muito lento e incipiente. E que sua efetivação, diante da complexidade dos processos que a envolve, não dependerá somente do trabalho de um segmento, mas de mudanças quanto à própria concepção de saúde: seja pelo tipo de acompanhamento, pela forma como o profissional trata o paciente, pela qualidade e não a quantidade de atendimentos realizados, e pela forma como se estruturam e se organizam os serviços de saúde. Assim sendo, um acompanhamento integral deveria atender o paciente como um todo; deveria garantir-lhe da medicação à escuta das suas necessidades em saúde.

Para os usuários, a construção de vínculos entre esse segmento e o dos profissionais ainda é muito frágil, embora sinalize uma relação mais próxima e respeitosa. Talvez, por isso, o segmento dos

usuários expresse certa compreensão diante das dificuldades vividas pelos profissionais, especialmente no tocante ao atendimento de demandas sempre superiores à capacidade de atendimento.

Realçamos, porém: para a maioria dos usuários, ainda há inúmeras dificuldades de relacionamento quando se trata do profissional médico. Vários relatos revelam a necessidade dos usuários de serem vistos segundo suas necessidades de saúde. Assim sendo, como é possível afirmar, apesar das perspectivas do PSF, suas práticas ainda concentram um distanciamento, um relacionamento frio e distante entre usuário e profissional.

Conforme o segmento dos conselheiros, a integralidade é o atendimento de todas as necessidades do usuário, nas suas diversas dimensões, mas a mesma ainda não acontece como deveria, devido aos próprios limites do setor saúde, com relação aos problemas sociais mais prementes na vida das pessoas. Há uma compreensão nesse sentido de que muitas questões dependem de decisões políticas mais gerais, portanto, muito além da vontade dos profissionais de determinada unidade de saúde.

No cotidiano das unidades de saúde, a distância social e cultural entre os profissionais, especialmente médicos e usuários, contraria a lógica do PSF que se propõe a desenvolver ações mais próximas do indivíduo, da família e da comunidade. Concordamos com Martins (2003) ao afirmar que na rotina assimétrica estabelecida, e diante das rotinas e procedimentos dos profissionais, os usuários encontram-se menos capacitados para fazer valer seus desejos, perdem sua autonomia e têm dificuldade de negociar seu direito à informação e à participação. Os serviços, por sua vez, são organizados na perspectiva dos profissionais e da instituição, e não com base nas necessidades da população. Admite-se que um dos caminhos para a melhoria da qualidade dos serviços e para a efetivação da inte-

gralidade é a superação meramente normativa e regulatória, com vistas a propiciar espaços de construção de ações mais espontâneas e um ambiente criativo de práticas profissionais e de envolvimento dos usuários, não limitando o PSF a uma prática de atenção primária seletiva. A nosso ver, o governo municipal, em conjunto com os diversos setores sociais, deve buscar uma ação pública pautada na lógica do interesse coletivo, no pensar e agir de uma nova prática sanitária, e de espaços públicos democráticos na perspectiva de um sistema público de saúde em defesa da vida. Nada do que se discute no âmbito da saúde brasileira continua mais atual do que o desafio que se coloca para a presente e as futuras gerações: tornar concreto, no cotidiano da vida dos cidadãos, os princípios que motivaram a reforma sanitária e o SUS.

A efetivação de um sistema de saúde que, de fato, atenda às necessidades de saúde da população, requer intensas transformações sociais, políticas, econômicas e culturais. A lógica norteadora das ações em saúde, sobretudo a partir do início da década de 1990, mediada pela ideologia do neoliberalismo, pode ser, cada vez mais, um terreno fértil à expansão do pensamento utilitarista e mercantil, que insistentemente investe contra os serviços de saúde públicos, colocando o lucro sempre acima do interesse social.

Como ressaltado, a saúde pública não desperta interesses para os grupos capitalistas, os quais, persistentemente, se interpõem nos serviços médicos. Concordamos com as formulações de Martins (2003) quanto ao poder de um capitalismo médico e à imposição de um modelo de saber técnico especializado, com uma rígida divisão do campo científico e uma compreensão economicista do corpo humano por grupos privados, a dispensar as dimensões imagéticas, afetivas e emocionais, ou seja, há uma desvalorização do interesse social.

É evidente, também, o descompasso entre a lógica dos investimentos públicos em tecnologia (a dos retornos lucrativos) e a lógica das doenças (a dos sofrimentos da população). Inegavelmente, muitos e urgentes são os enfrentamentos necessários com vistas à afirmação da lógica de atendimento às necessidades em saúde da população, como a abertura para novos saberes e diferentes abordagens em matéria de compreensão do processo saúde-doença e, portanto, da efetividade nessa esfera.

BIBLIOGRAFIA

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *O ano da saúde no Brasil*. Brasília, 1997.

CAMARGO JÚNIOR, K. R. de. Um ensaio sobre a indefinição de integralidade. In: PINHEIRO, R. ; MATTOS, R. A. de. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: ABRASCO, v.8, n. 2, 2003.

CARVALHO, M. A. R. de. A institucionalização das ciências sociais e o campo da saúde. In: CANESQUI, A. M. *Ciências Sociais & Saúde*. São Paulo: ABRASCO/HUCITEC, 1987.

CECÍLIO, L. C. de O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R ; MATTOS, R. A. de (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2001.

CONH, A. Mudanças econômicas e políticas sociais no Brasil. In: LAURELL, A. C.(Org.). *Estado e políticas sociais no neoliberalismo*. São Paulo: Cortez, 2002.

COSTA, N. do R. et al. *Política de saúde e inovação institucional: uma agenda para os anos 90*. Rio de Janeiro: Secretaria do Desenvolvimento Educacional/ ENESP, 1996.

COSTA, 2003.

CRESS. CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL / UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ. *O perfil dos assistentes sociais frente às exigências do mercado de trabalho nos anos 90: uma análise da realidade cearense*. Fortaleza: CRESS, 1999.

FONSECA, M.D.N.; VILAR, M.C.P. de M. (Org.). *O modo de fazer saúde no Estado do Ceará*. Fortaleza: Secretaria Estadual de Saúde, 2000.

GIOVANELLA, L. et al. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro: HUCITEC, v. 26, p.37-61, jan./abr. 2002.

HELLER, A. *Para mudar a vida: felicidade, liberdade e democracia*. São Paulo: Brasiliense, 1982.

LEOPARDI, M. T. *Metodologia da pesquisa em saúde*. Santa Maria: Pallotti, 2001.

LEVCOVITZ, E. Política de saúde nos anos 90: as relações governamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: ABRASCO, v.6, n. 2, 2001.

MARTINS, P. H. *Contra a desumanização da medicina: crítica sociológica das práticas médicas modernas*. São Paulo: Vozes, 2003.

MATTOS, R. A. de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R. ; MATTOS, R. A. de. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2001.

MENDES, E. V. *Uma agenda para a saúde*. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1999.

MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 3 ed. São Paulo – Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1994.

OLIVEIRA, F. de. *O surgimento do antivalor: a economia política da hegemonia imperfeita*. Petrópolis / Rio de Janeiro: Vozes, 1988.

ORLANDI, E. P. *Discurso e leitura*. 5 ed. São Paulo: Cortez/UNICAMP, 2003.

PAIM, J. S. *Descentralização das ações e serviços de saúde no Brasil e a renovação da proposta "Saúde para Todos"*. Rio de Janeiro: UERJ, n.175, 1998.

SILVA JÚNIOR A. G. et al. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: PINHEIRO, R. ; MATTOS, R. A. de. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2003.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO/MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento de um serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R. ; MATTOS, R. A. de. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

TRIVINÕES, A. N. S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo:Atlas,1987.

VASCONCELOS, E. M. *Educação popular e atenção à saúde da família*. 2 ed. São Paulo/Sobral (Ceará) HUCITEC / UVA, 2001.

----- . Participação popular e educação nos primórdios da saúde pública brasileira. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). *A Saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde*. São Paulo: HUCITEC, 2001.

A QUALIDADE MICROBIOLÓGICA DAS ÁGUAS UTILIZADAS EM INSTITUIÇÕES HOSPITALARES: UMA AVALIAÇÃO NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA

Maria Gorete Lotif Lira³⁰

INTRODUÇÃO

Desde o surgimento dos hospitais até sua evolução, apresentaram-se avanços em suas tendências terapêuticas; enquadra-se nessas exigências a terapia de nutrição enteral (TNE). Embora considerada eficaz, esta terapia, quando empregada em sistemas abertos, pode estar sujeita a contaminação em diversas etapas do seu processo, dentre elas, o de hidratação ou reconstituição com água contaminada.

Elemento fundamental à sobrevivência de todos os seres vivos, a água pode carrear os mais diversos micro-organismos, inclusive patogênicos (MATNER et al., 1990). Tal contaminação pode ocorrer também no próprio estabelecimento, por falta de manutenção do reservatório, pela sua localização, pela ausência de cuidados com o manuseio e higiene, assim como pelo tipo de material usado na construção da cisterna ou caixa d'água (OLIVEIRA ; TERRA, 2004).

O risco da introdução de contaminantes nas fórmulas enterais por meio do diluente foi previamente demonstrado por Perez e Brandt (1989) e Carvalho et al. (1999), onde encontraram altos níveis de bacilos Gram- negativos (bactérias mesófilas e coliformes) em sistemas de água potável, as quais eram utilizadas para o preparo da nutrição enteral.

30 Maria Gorete Lotif Lira. Mestra em Planejamento e Políticas Públicas pela Universidade Estadual do Ceará, Especialista em Nutrição e Dietoterapia pela Universidade de Fortaleza e graduada em Nutrição pela Universidade Estadual do Ceará. Atua na Secretaria da Saúde do Estado do Ceará.

As consequências desta contaminação assumem maior gravidade por envolver pacientes com a saúde já comprometida e, portanto, mais vulneráveis à ação dos micro-organismos, determinando amplo espectro de manifestações clínicas que vão desde a septicemia, pneumonia e diarreia, até a enterocolite (BUSSY; MARECHAL; NASCA et al. 1992; KEOHANE, 1983).

A água deve ser oferecida à população em quantidade e qualidade suficientes como garantia da manutenção da vida (COSTA et al., 2003). Logo, é importante levar em consideração os padrões de qualidade que são as quantidades-limites de impurezas que, com relação aos diversos elementos, podem ser tolerados nas águas (CEARÁ, 2004; FREITAS; BRILHANTE ; ALMEIDA, 2001), e esses limites são, geralmente, definidos por órgãos oficiais (SOARES; MAIA, 1999). Desta forma, têm sido propostas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) recomendações sobre os padrões de qualidade da água utilizada para o preparo das formulações enterais, bem como para o consumo humano. Como estabelece a RDC nº. 63, de 6 de julho de 2000 (IBGE. BRASIL, 2000), o padrão de potabilidade da água para o preparo da dieta enteral deve ser de acordo com a legislação vigente. Assim, há atualmente dois padrões microbiológicos distintos em função do tipo de água a ser utilizada no preparo das dietas enterais, ou seja, água envasada ou água potável. A Resolução RDC nº. 12, de 2 de janeiro de 2001 (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001), determina que a água envasada para o preparo de alimentos para imunossuprimidos e imunocomprometidos e para dietas enterais deve atender aos seguintes parâmetros microbiológicos (valores máximos): 5 x 10² (UFC /ml) de aeróbios mesófilos viáveis por ml; ausência de coliforme a 35° C por ml e ausência de *Pseudomonas aeruginosa*/ml. A Portaria nº. 518, de 25 de março de 2004 (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004),

específica o padrão de potabilidade da água para consumo humano e dá outras providências, estabelecendo a ausência de *Escherichia coli* ou coliformes termotolerantes em 100ml (NMP/100ml) de água analisada, em toda e qualquer situação, incluindo fontes individuais, como poços, minas, nascentes, dentre outras.

Em virtude de a água poder constituir fonte potencial de contaminação microbiológica no ambiente hospitalar, este estudo propõe, como objetivo geral, pesquisar o tipo e a qualidade microbiológica da água utilizada como diluente em dietas enterais, administradas em hospitais públicos e privados de Fortaleza-CE. Os objetivos específicos são: compreender os paradoxos das instituições hospitalares; identificar o tipo de água, condições gerais de armazenamento (garrações e/ou reservatório) e procedimentos antes do uso, com aplicação de *check list*, visando analisar as boas práticas de manipulação (BPM) da água; avaliar a qualidade microbiológica da água usada no preparo de fórmulas enterais, determinando coliformes termotolerantes (NMP/100ml) em águas de abastecimento público e de poço, coliformes a 35° C por ml (NMP/ml), aeróbios mesófilos (UFC/ ml) e *Pseudomonas aeruginosa* (NMP/ml) em água envasada; avaliar se as águas analisadas estão dentro dos limites bacteriológicos especificados pela Resolução nº. 12, de 2 janeiro de 2001, para água envasada, e pela Portaria nº. 518, de 25 de março de 2004, para água de abastecimento público e de poço.

Diante da reconhecida importância da nutrição enteral como conduta de assistência nutricional, assim como a necessidade de se oferecer produtos com qualidade assegurada, é fundamental o controle microbiológico das águas utilizadas no preparo das dietas enterais em sistema aberto, manipuladas em hospitais, a fim de que esta terapia nutricional não constitua risco, mas represente, efetivamente, um benefício ao paciente. Cabe ressaltar: dietas enterais

eventualmente contaminadas podem atuar como vetor de infecção nosocomial, pois representam grande perigo, principalmente para pacientes considerados grupos de risco, e podem interferir na sua evolução clínica, aumentando o tempo de permanência hospitalar, os custos e até a taxa de mortalidade.

O HOSPITAL COMO INSTITUIÇÃO HISTÓRICA E SUAS CONDIÇÕES NA CONTEMPORANEIDADE

A assistência a enfermos sempre foi prestada, através dos séculos, independentemente da existência de hospitais propriamente ditos. Nesse contexto, o instinto de conservação da espécie induzia à prática de todas as formas de recursos, desde a magia, ao cultivo de superstição, ao empirismo. Os povos antigos se viam na contingência de procurar meios e modos de suavizar as dores, combater os males, praticar atos de solidariedade humana e de caridade cristã. A assistência era antes social do que médica (EULÁLIO, apud LISBOA, 2002).

Não há origem única do hospital, porque várias outras instituições – como templos, conventos e mosteiros – foram as primeiras instituições a receber doentes e lhes providenciar atenções especiais. Surgiram ao mesmo tempo e em vários lugares no mundo antigo, como o culto a Asclépio, na Grécia Antiga, para homenagear esse sábio deus que abrigava pobres, velhos e enfermos (OMS, apud RIBEIRO, 1993; ANTUNES, 1991; FOUCAULT, 1998).

Do ponto de vista historiográfico, o estabelecimento dos primeiros lazaretos (tipos inéditos de estabelecimentos hospitalares), ainda no século XV, antecipou em muitos anos o primeiro fator que viria a revolucionar o funcionamento dos hospitais durante a Idade Contemporânea (ANTUNES, 1991).

Além do mister de realização de quarentenas e de controlar os fluxos migratórios, o lazareto também funcionava como hospi-

tal regular, passando a recolher indiscriminadamente outros tipos de enfermos. Esse processo prolongou-se até o início do século XX, quando, com o advento da microbiologia e de recursos terapêuticos muito mais eficazes, as atribuições clínicas dos lazaretos ultrapassaram suas funções de policiamento da vida urbana, e seu nome foi substituído, primeiro, por “hospital de isolamento”, depois por, apenas, “hospital” (ANTUNES, 1991).

A origem do hospital médico decorre do disciplinamento do espaço hospitalar e do deslocamento da intervenção médica. Esses dois fenômenos, distintos em sua origem, foram os dois passos da transformação que deram início ao hospital contemporâneo. Desta forma, puderam se ajustar com o aparecimento de uma disciplina hospitalar que teve por função assegurar o enquadramento, a vigilância, o disciplinamento do mundo confuso do doente e da doença, como também transformar as condições do meio em que os doentes são colocados. O hospital individualizou-se e distribuiu os doentes em um espaço onde eles pudessem ser vigiados e onde era registrado o que aconteceu; ao mesmo tempo se modificaram o ar que respiravam, a temperatura do meio, a água que bebiam, o regime, de modo que o quadro hospitalar que os disciplina era um instrumento de modificação com função terapêutica (FOUCAULT, 1998).

Para Rosen apud Antunes (1991) e Lisboa (2002), o estabelecimento de hospitais modernos emerge da gradual conversão do hospital geral, decorrente da secularização das entidades cristãs de atenção às doenças, por intermédio de quatro elementos principais: introdução da medicina profissional em sua área, antes localizada apenas em livros; redefinição de seu perfil institucional (sua função primeira é o tratamento do doente, a obtenção de sua cura); especificação de suas atribuições terapêuticas (o hospital passou a ser concebido como local de cura e sua distribuição do espaço tornou-se

um instrumento terapêutico); aproveitamento racional de recursos disponíveis. De acordo com Antunes (1991), outro fator a lembrar são os avanços científicos que a medicina experimentava, desde o século XVI, os quais, ao serem transpostos aos procedimentos clínicos executados nos hospitais, aumentaram sua eficácia e ajudaram a efetivar o desígnio terapêutico dessas instituições. Esses avanços viam constituir um dos hospitais contemporâneos. Ao mesmo tempo, não se pode deixar de mencionar a contribuição exercida por diferentes correntes sociais e políticas da época. O mercantilismo, o despotismo ilustrado, a iniciativa privada e a ação cooperativa que convergiram para fazer do hospital o elemento central da prestação de serviços médicos, um objetivo plenamente atingido somente no final do século XIX.

O que caracteriza o hospital contemporâneo é essa nova missão de reproduzir o capital de muitas maneiras. Torna-se, então, poderosa indústria de venda e consumo de mercadorias, onde ocorre a universalização da assistência médico-hospitalar, sendo esta socialmente obrigatória e cada vez mais cara (ANTUNES, 1991).

A partir do século XX, o hospital se firmou como instituição, com a complexidade estrutural, diversidade de funções e procedimentos e, atualmente, como expressa Lisboa (2002), sua função é de prevenir a doença, restaurar a saúde, exercer funções educativas e promover a pesquisa. Assim, como definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), no Informe Técnico no 122, de 1957:

O hospital é a parte integrante de um sistema coordenado de saúde, cuja função é dispensar à comunidade completa assistência à saúde, tanto curativa quanto preventiva, incluindo serviços extensivos à família, em seu domicílio e ainda o centro de formação para os que trabalham no campo da saúde e para as pesquisas biossociais.

Como Antunes (1991) continua acentuando, a necessidade de impor disciplina ao funcionamento dos estabelecimentos hospitalares, a importância do controle a ser exercido sobre todos os aspectos relativos à permanência dos internos e o protótipo de organizar o interior dos hospitais fizeram-se notar a partir do século XVIII, quando profissionais ligados às áreas da saúde e do bem-estar social efetuaram diversas visitas aos principais hospitais e lazaretos europeus. Eles atentaram para o fato de que os hospitais haviam se convertido em um potente fator de geração e transmissão de doenças. Sua péssima reputação, suas más condições higiênicas e o descaso administrativo a que estiveram relegados transformaram os hospitais, muitas vezes, em antessalas da morte.

Empenhado em fazer viver os ameaçados pela morte, o hospital contemporâneo tem outras missões, entre elas, a de adiá-la, torná-la indolor e ocultá-la. “Morre-se no hospital porque é nele que se proporcionam cuidados que já não são viáveis em casa” (RIBEIRO, 1993).

O hospital contemporâneo não apenas é uma instituição que evolui. É, muito mais, uma instituição nova. Mudaram suas características, as finalidades, sujeitos, instrumentos e seus processos de trabalho. O elemento mais constante dessa trajetória é o homem, que sofre e morre (RIBEIRO, 1993).

Canguilhem, apud Ribeiro (1993), referenda vários autores quando enuncia:

Já que as técnicas de higiene que tendem a prolongar a vida e os hábitos de negligência que têm como resultado abreviá-la dependem do valor atribuído à vida e, afinal, um julgamento de valor que se exprime nesse aumento abstrato que é a duração média da vida humana. A duração média da vida não é a duração da vida biológica normal, mas é, em certo sentido, a duração da vida socialmente normativa.

A norma não se deduz da média, mas se traduz pela média (ÁRIES, apud RIBEIRO, 1993).

Em meados do século XIX, o desenvolvimento da medicina, especificamente da Teoria Bacteriana (descoberta de Pasteur e Koch), o uso de métodos assépticos e antissépticos que diminuíram drasticamente o número de mortes por infecção (após 1870, com os esforços de Semmelweiss, Terrier e Lister), a introdução da anestesia, permitindo a realização de cirurgias sem dor e com mais possibilidades de êxito, as luvas cirúrgicas (Halsted, em 1890), contribuíram muito para alterar a imagem do hospital (LISBOA, 2002). Assim, a medicina e suas técnicas vão sistematicamente preenchendo espaços e determinando novas formas de relação e divisão do trabalho no interior do hospital (FOUCAULT, 1998).

Segundo Stepan, apud Ribeiro (1993), no Brasil, procedeu-se ao mesmo tipo de intervenção em saúde, com a criação de institutos de pesquisas, ações de saneamento básico e urbano, vacinações compulsórias, instalação de hospitais, isolamentos e cuidados médicos aos grupos populacionais doentes ou ameaçados.

De acordo com Ribeiro (1993), as tecnologias sanitárias são as mesmas, e têm como objetivos principais o controle das epidemias e endemias que vitimavam a força de trabalho e que também atingiam novos colonizadores, ameaçando chegar às metrópoles. Tais ações são uma intervenção sanitária que se internacionaliza e que se impõe aos governos locais, não mais se tratando de uma medicina social dos estados capitalistas, destinada às suas respectivas populações. O controle social e a preservação da saúde, da força de trabalho desses países são objetivos idênticos. Essas tecnologias em saúde possibilitaram dois tipos de intervenção: saneamento e vacinação.

Os objetivos são de prevenir profilaticamente e proteger vacinando, assentados no conhecimento do meio físico e social.

Novo salto tecnológico em saúde só veio a ocorrer várias décadas depois da anterior e em outra direção no campo da terapêutica, com a penicilina industrializada em plena Segunda Guerra Mundial. Não mais é simplesmente uma tecnologia do corpo social, e sim do corpo individual adoecido (RIBEIRO, 1993).

Essa pulsão tecnológica no campo da terapêutica acarretou profundas modificações no setor de saúde, a começar pelo exercício do tratamento das doenças, procurando as causas e, ao mesmo tempo, combatê-las. A medicina contemporânea e o hospital resultam desse salto e inflexão para dentro do corpo e sobre os germes (RIBEIRO, 1993).

Indagações levantadas em Ribeiro (1993) acerca da introdução de cada nova tecnologia em saúde, tais como necessidade, eficácia, custo, equidade, capacitação em massa, melhora na estrutura epidemiológica etc., estão sendo ignoradas pelos vários órgãos e pessoas que definem as políticas públicas no Brasil. Como anota Panerai, referendado em Ribeiro (1993), a inovação tecnológica está recebendo tratamento mercadológico que desconhece as peculiaridades da área de saúde. E o lugar onde esta prática se concretiza com maior desenvoltura é o hospital (RIBEIRO, 1993). Portanto, na ótica de Panerai, apud Ribeiro (1993), países como o nosso devem construir seu sistema nacional de saúde obrigatoriamente comprometido com atendimento sem desembolso direto. Preferencialmente, deveriam fazer incorporações de tecnologia, de informação, gerenciamento e comunicação a distância, buscando, desta forma, mais efetividade nas instalações físicas, equipamentos e recursos humanos.

Assim, Martins (2003) assinala que os cidadãos descobrem, pouco a pouco, que a inovação tecnológica não se realiza unicamente em nome da verdade científica, mas também dos grandes

interesses, sobretudo aqueles da indústria farmacêutica e da nova burguesia médica; que os preços dos medicamentos e as incessantes inovações biotecnológicas são objeto de manipulação pelos estrangeiros de mercado; que a extrema especialização médica contribui para aumentar as incertezas do diagnóstico dos erros médicos, ampliando igualmente os custos do tratamento; que tudo isso contribui para aumentar a insatisfação, a frustração e o medo dos cidadãos-pacientes e que, enfim, a sociedade tem a obrigação de reagir contra um estado sociologicamente indesejável do ponto de vista de reprodução da medicina como fenômeno social. Continua Martins (2003): a generalização da ideologia utilitarista e mercantilista no campo médico está em vias de produzir uma desumanização ou tecnificação importante do sistema como um todo, e das práticas de cura em particular. Tal desumanização, conforme este autor, resulta da crença, sustentada pelos grupos privados, segundo a qual o interesse científico e econômico é mais importante do que o interesse social; a doença vale mais do que o doente, o dinheiro e o prestígio obtidos pelos serviços médicos não têm obrigações e dívidas para com o sofrimento humano.

Goldmit, apud Ribeiro (1993), sugere que o hospital não se transforme em uma empresa, com toda essa gama de serviço, mas se ponha no interior de um sistema de atenção primária, secundária e terciária, com ele no topo.

O PERCURSO METODOLÓGICO

No percurso metodológico, realizamos pesquisa bibliográfica, documental e de campo. Na bibliográfica, priorizamos os seguintes autores: Franco (2004); Waitzberg et al. (2006); Macêdo (2001); Silva et al. (2000); Ribeiro (1993) e Antunes (1991).

Para a pesquisa documental, fundamentamo-nos em leis, portarias e resoluções, destacadas na bibliografia deste trabalho.

A pesquisa de campo ocorreu em vários momentos, mediante a aplicação de um check list em cada unidade hospitalar selecionada e através da obtenção de amostras de água, no ponto de uso, destinadas à realização das análises microbiológicas, e sucedeu em três ciclos de coleta em cada uma das unidades.

O estudo foi desenvolvido em Serviços de Nutrição e Dietética (SND) de doze unidades hospitalares da rede pública e privada, no município de Fortaleza no Estado do Ceará (Brasil), no período de março a abril de 2006.

As unidades hospitalares estudadas foram codificadas em H1, H2, H3, H4, H5, H6, H7, H8, H9, H10, H11 e H12.

Efetuamos visita, anteriormente à coleta, a cada uma dessas unidades, objetivando a aplicação do check list destinado à verificação das boas práticas de manipulação da água.

Após a aplicação do referido check list, foram feitas três coletas de água, no ponto de uso, em períodos distintos, em cada uma das doze unidades hospitalares, produzindo um total de 36 amostras de diferentes tipos a saber: dezoito envasadas; doze de abastecimento público e seis de poço, destinadas ao preparo das dietas enterais. As amostras foram transportadas em caixas isotérmicas para o Laboratório de Microbiologia de Alimentos da Universidade Federal do Ceará (UFC), para a realização das análises microbiológicas.

A sistemática de coleta e preservação das amostras seguiu a metodologia proposta pelo “Manual de Métodos de Análise Microbiológica da Água” (SILVA et al., 2000).

As análises microbiológicas visaram obedecer aos padrões definidos pela Resolução do Ministério da Saúde, RDC nº. 12, de 2 de janeiro de 2001 para água envasada, mediante as seguintes determi-

nações: coliformes a 35°C/ml (NMP/ml), bactérias heterotróficas/ml (UFC/ml) e *Pseudomonas aeruginosa*/ml (NMP/ml), assim como a Portaria nº. 518, de 25 de março de 2004, desse mesmo órgão, para água de abastecimento público e de poço, determinando: coliformes termotolerantes/100ml (NMP/100ml), segundo a American Public Health Association (1995).

Quanto à análise estatística, foi efetuada por meio dos modelos de efeitos mistos, segundo Pinheiro e Bates (2000).

DISCUSSÕES ACERCA DOS RESULTADOS

Esta seção do capítulo tem início com uma discussão acerca das boas práticas de manipulação da água utilizada no preparo de dietas enterais e em seguida trata sobre as análises microbiológicas do material coletado durante a pesquisa de campo.

Boas práticas de manipulação da água usada no preparo de dietas enterais

Após a aplicação do *check list* para verificação da qualidade da água utilizada pelos Serviços de Nutrição e Dietética para reconstituição de dietas enterais, foram obtidos os seguintes resultados:

Entre os hospitais pesquisados, oito (66,7%) eram públicos e quatro (33,3%) privados, os quais utilizavam água para o preparo das dietas enterais de tipos diferentes, variando entre as seguintes modalidades: envasada, abastecimento público e poço artesiano. Observamos o uso de água envasada, com maior frequência, ou seja, 50% das unidades hospitalares (H1, H4, H6, H8, H10 e H11) sendo três públicas e três de natureza privada, seguidas de quatro (33,3%) que utilizavam água proveniente de abastecimento público (H2, H5, H7 e H9,). Destes, três eram públicas e uma era privada. As duas unidades (16,7%) que consumiam água proveniente de poço (H3 e H12) eram públicas.

Os tipos de água envasada também variaram nos hospitais entre mineral natural e adicionada de sais, as quais foram codificadas em A, B, C. A marca A foi a mais consumida, correspondendo a quatro (66,6%) hospitais, enquanto as marcas B e C foram usadas na mesma proporção, ou seja, 16,6% em cada um dos hospitais restantes, respectivamente.

Conforme pesquisa de Eiroa, Junqueira e Silveira (1996), o consumo de água mineral é bastante popular em certos setores da população do Brasil, tornando-se maior o consumo a partir da década de 1980 (COELHO et al., 1998). A razão desta popularidade reside, em parte, nas propriedades medicinais e terapêuticas da água, mas, fundamentalmente, no conceito de elevada pureza associado ao produto, segundo os autores referidos inicialmente, e em decorrência da progressiva poluição das águas (COELHO et al., 1998).

Com relação ao percentual de periodicidade de higienização e desinfecção dos reservatórios, segundo observamos, 83,3% das unidades hospitalares (H2, H3, H7,H9 e H12) mantêm rotinas de higienização e desinfecção com periodicidade semestral, sendo esta característica de unidades hospitalares da rede pública, e um hospital (H5), correspondendo a 16,7% do total, realizava esta prática apenas anualmente. Em resumo, em 100% das unidades pesquisadas se registravam a higiene e desinfecção dos reservatórios.

No entendimento de Amaral et al. (2003), a depreciação na qualidade microbiológica da água desde a sua obtenção até o seu ponto de uso, potencializando o risco à saúde dos consumidores, está ligada à ausência de tratamento da água e de limpeza periódica dos reservatórios. Na prevenção de contaminações, um fator muito importante, muitas vezes esquecido, é a caixa d'água, que deveria ser limpa de seis em seis meses.

Em ambas as unidades hospitalares públicas e privadas, a potabilidade da água de abastecimento público e de poço seguiam uma rotina de teste microbiológico por meio de laudos emitidos por laboratórios credenciados e em conformidade com a Portaria nº. 518, de 25 de março de 2004, do Ministério da Saúde. Todas as unidades hospitalares públicas e privadas, nas quais realizamos a pesquisa, apresentaram registro da frequência do controle microbiológico.

Germano e Germano (2001) enfatizam que as causas mais comuns de contaminação dizem respeito à carência de hábitos de higiene pessoal e ambiental e, sobretudo, aos reservatórios de água abertos ou mal fechados.

No momento da pesquisa observamos os reservatórios de todas as unidades hospitalares e eles apresentavam-se com tampas e perfeitas, com paredes interna e externa isentas de vazamentos, infiltrações e descascamentos. Amaral et al. (2003) defendem o argumento de que cada fator de proteção tem sua importância, e a ausência de um deles já é motivo de preocupação.

Destacamos a utilização de elemento filtrante (filtro ozonizador) em todas as unidades hospitalares que fazem uso de água proveniente de abastecimento público e de poço, para reconstituição de fórmulas enterais.

Quanto ao procedimento de fervura da água utilizada nos hospitais, antes do preparo das dietas enterais, observamos que 66,6% dos hospitais não submetiam a água a tratamento térmico. Como demonstrado, 25% e 75% dos hospitais não fervem a água proveniente de abastecimento público e envasada, respectivamente, enquanto 50% dos hospitais fervem a água proveniente de abastecimento público e de poço. Independentemente de o hospital ser de natureza pública ou privada, nenhum deles submete a água envasada a tratamento térmico, enquanto as águas provenientes de abastecimento

público não são submetidas a fervura nos hospitais privados; nos públicos, em menor proporção. Todas as águas de poço provenientes de hospitais públicos realizavam fervura prévia à utilização.

A aplicação do Sistema de Análise de Perigo e Ponto Crítico de Controle (APPCC) permite a identificação das operações críticas principais, as quais devem ser monitoradas e controladas durante as dietas enterais, dentre outras operações, a fervura da água usada para a reconstituição da dieta em 100°C por dois minutos (CARVALHO et al., 1999).

Análises microbiológicas

Entre os hospitais estudados, 33,3 % (H2, H7, H9 e H12) que usavam água de abastecimento público estavam em conformidade com os padrões estabelecidos pela Portaria nº. 518, de 25 de março de 2004, do Ministério da Saúde. Os demais, ou seja, 66,7% (H1, H3, H4, H5, H6, H8, H10 e H11) apresentaram não conformidade, pelo menos em uma de suas amostras, com relação aos padrões estabelecidos pela RDC nº.12, de 2 de janeiro de 2001, para a água envasada, e pela Portaria nº. 518, de 25 de março de 2004, para as águas de abastecimento público e poço (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001 , 2004).

Na Tabela 1, a seguir, consta uma demonstração dos percentuais de amostras de água envasada em relação à presença/ausência de coliformes a 35°C (NMP/ml).

Tabela 1 – Número de amostras de água envasada com ausência/presença de coliformes a 35°C (NMP/ml)

COLIFORMES a 35°C (NMP/ml)	HOSPITAL	Nº AMOSTRAS	(%)
<3 (ausência)	H ₁ , H ₆ , H ₁₀ e H ₄ , H ₈ , H ₁₁	15	83,3
>3 (presença)	H ₄ , H ₈ e H ₁₁	03	16,7
TOTAL		18	100,0

Fonte: Pesquisa direta.

A investigação de coliformes é uma prática importante, porquanto sugere o nível de contaminação e a possibilidade de presença de patógenos neste substrato (água), e indica ainda condições inadequadas de processamento, armazenamento, distribuição e transporte (SANTOS et al., 2004). Enquanto os coliformes totais são indicadores de falhas no aspecto higiênico no processamento, ou seja, de contaminação ambiental, os coliformes fecais indicam a possível presença de patógenos fecais e, assim também, de precárias condições higiênico-sanitárias (SILVA JR., 2002).

Do total de dezoito amostras de água envasada analisadas, 83,3% apresentaram qualidade microbiológica satisfatória, mas 16,7% não obedecem aos padrões microbiológicos da RDC nº. 12, de 2 de janeiro de 2001, pois, como afirmam Coelho et al. (1998), a presença de coliformes na água mineral pode indicar ausência de cuidados sanitários, problema com as operações de captação, decantação, centralização, elevação mecânica, provisão em reservatório, filtração, envasamento, carbonatação ou quaisquer outras causas passíveis de alterar as propriedades características e a composição da água. Para Wendpap, Dambros e Lopes (1999), a presença de

coliformes nas águas envasadas evidencia contaminação de origem externa, visto que essas bactérias não fazem parte da composição do produto. Essa água, em razão de apresentar esse grupo de micro-organismos, não é pura e esta contaminação pode ter ocorrido na fonte, no envase (reutilização de embalagens sem a devida higienização) ou no transporte e armazenamento, no caso de a embalagem não ser absolutamente vedada.

Realçamos que Kessler et al. (2000) relatam ter encontrado em três hospitais municipais de São Paulo contaminantes potencialmente perigosos nas águas de hidratação das dietas enterais artesanais ou em pó. Das 24 amostras analisadas, 33,3% apresentaram coliformes fecais, sugerindo a possibilidade da existência de outros contaminantes patogênicos de origem sanitária.

Estudo microbiológico da água mineral utilizada para reconstituição de fórmulas enterais em pó de uso hospitalar, realizado por Oliveira e Terra (2004), mostrou ausência de coliformes totais e fecais antes e após a aplicação do Sistema de Análise de Perigos e Pontos Críticos de Controle.

No Brasil, a pesquisa de *Pseudomonas aeruginosa* foi incluída no controle microbiológico de águas de 1999 (BRASIL.MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999). Este gênero bacteriano constitui importante grupo de micro-organismos que se destacam cada vez mais como patógeno oportunista, pois, como alerta D'Aguila (1996), uma água pode apresentar coliformes e estes podem estar inibidos pelas *Pseudomonas aeruginosa*. Sua presença está associada à condição de higiene e possível indicador de enterovírus (PINTO; KANECO et al., apud MACÊDO, 2001).

A Tabela 2, a seguir, expressa os percentuais de amostras de água envasada com relação à presença/ausência de *Pseudomonas aeruginosa* (NMP/ml).

Tabela 2 – Número de amostras de água envasada com ausência/presença de *Pseudomonas aeruginosa* (NMP/mL)

<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	HOSPITAL	Nº AMOSTRAS	(%)
<3 (ausência)	H ₁ e H ₄	06	33,3
<3 (presença)	H ₆ , H ₈ , H ₁₀ e H ₁₁	12	66,7
TOTAL		18	100,0

Fonte: Pesquisa direta.

Como verificamos, conforme a tabela ora apresentada, 33,3% das amostras examinadas apresentaram ausência e 66,7% apresentaram crescimento positivo de *Pseudomonas aeruginosa*.

Resultados positivos também foram encontrados por Guilherme, Silva e Otto (2000), ao analisarem 44 amostras de água mineral, onde encontraram *Pseudomonas aeruginosa* (NMP/ml) em dez (2,3%).

Segundo Coelho et al. (1998), as espécies *Pseudomonas aeruginosa* são de interesse primário em águas minerais que chegam até à água por contaminação fecal ou por outras vias, seja diretamente na fonte ou durante o engarrafamento.

A contagem de heterotróficos é utilizada para indicar a qualidade sanitária dos alimentos, independentemente da presença de patógenos (FRANCO ; LANDGRAF, 2004). Elevada contagem de bactérias heterotróficas (acima de 500 UFC/ml) indicam deterioração da qualidade da água, sabor e odor desagradáveis, formação de limo ou película e interferência de detecção de coliformes. (SILVA JR., 2002). Consoante Franco (2004) assevera, estes micro-organismos

mos, quando presentes em grande número, também são indicativos de insalubridade.

Na Tabela 3, a seguir, constam os percentuais de amostras com relação à contagem de bactérias heterotróficas em águas envasadas.

Das dezoito amostras de águas envasadas de marcas diferentes, verificamos em 72,2% a contagem de até $5,6 \times 10^4$ UFC/ml, ou seja, acima do padrão estabelecido pela RDC nº. 12 do Ministério da Saúde.

Tabela 3 – Número de amostras de água envasada com contagem de bactérias heterotróficas (UFC/ml)

HETEROTRÓFICAS (UFC/ml)	HOSPITAL	Nº DE AMOSTRAS	(%)
Log > 3 ($\geq 5 \times 10^2$)	H ₁ , H ₄ , H ₆ , H ₈ , H ₁₀ e H ₁₁	13	72,2
Log < 3 ($\leq 1 \times 10^1$)	H ₁ e H ₄	05	27,8
TOTAL		18	100,0

Fonte: Pesquisa direta.

A despeito do rigoroso controle de tratamento de água estabelecido pelas empresas que detêm a concessão ou permissão do sistema de abastecimento no Ceará, pode ocorrer contaminação, sobretudo no sistema de distribuição. No plano doméstico ou industrial/institucional, os reservatórios (caixas d'água e cisternas) podem ser a principal fonte de contaminação bacteriana.

Apesar de a água de poço artesiano beneficiar um contingente populacional menor, não pode deixar de ser potável, tendo vista assegurar seu uso sem danos à integridade da saúde da coletividade que a utiliza.

As tabelas 4 e 5, seguir, demonstram os percentuais de amostras com relação à presença/ausência de coliformes termotolerantes (UFC/100ml) em águas provenientes de abastecimento público e de poço, respectivamente.

Tabela 4 – Número de amostras de água de abastecimento público com ausência/presença de coliformes termotolerantes (NMP/100ml)

COLIFORMES TERMOTOLERANTES (NMP/100mL)	HOSPITAL	Nº AMOSTRAS	(%)
<3 (ausência)	H ₂ , H ₅ , H ₇ e H ₉	10	83,3
>3 (presença)	H ₅	02	16,7
TOTAL		12	100,0

Fonte: Pesquisa direta.

Tabela 5 – Número de amostras de água de poço artesiano com ausência/presença de coliformes termotolerantes (NMP/100ml)

COLIFORMES TERMOTOLERANTES (NMP/100mL)	HOSPITAIS	Nº AMOSTRAS	(%)
<3 (ausência)	H ₃ , H ₁₂	05	83,3
>3 (presença)	H ₃	01	16,7
TOTAL		06	100,0

Fonte: Pesquisa direta.

Conforme os resultados indicam, das doze amostras de água de abastecimento público, 83,3% mostraram ausência de coliformes termotolerantes (NMP/100ml). Entretanto, 16,7% das amostras não atenderam aos padrões sanitários dentro dos limites permitidos pela Portaria nº. 518, de 25 de março de 2004 (Tabela 5), ora apresentada.

Os resultados foram próximos aos reportados por Azeredo, Moura e Conceição (2001), quando pesquisaram coliformes totais e fecais em águas de abastecimento público, onde coletaram cinquenta amostras e não detectaram presença de coliformes em nenhuma delas (2NMP /100ml em 100% das amostras).

Hoffmann et al. (1996) colheram amostras de água de abastecimento fervida e não fervida, utilizadas na preparação de mameiras, obtidas do lactário de um hospital de São José do Rio Preto (São Paulo), as quais foram submetidas a análise microbiológica. Todas as amostras estavam de acordo com os padrões microbiológicos estabelecidos, ou seja, coliformes totais e fecais (2NMP/ml). Os mesmos resultados foram reportados por Gomes et al. (2005), quando analisaram a água de bebedouros de uma escola no sul de Minas Gerais e não detectaram presença de coliformes totais e termotolerantes. Portanto, tratava-se de água própria para o consumo.

Estudo realizado por Guilherme, Silva e Otto (2000), em 333 amostras de água tratada, mostrou que 16,2% delas continham coliformes totais e 13,8% continham coliformes fecais (NMP/100ml).

A Tabela 5, antes apresentada, expressa que 100 % das amostras de água de poço analisadas indicaram ausência de coliformes termotolerantes (NMP/100ml) em 83% delas, e presença em 16,7%.

Outro estudo, o de Freitas, Brilhante e Almeida (2001), encontrou contaminação por coliformes fecais em cerca de 50% das amostras de água de poço analisadas em dois municípios do Estado do Rio de Janeiro.

Já na região metropolitana do Recife / Pernambuco, Silva e Salgueiro (2001) realizaram análises de 225 amostras de água de poço, cujos laudos foram potáveis, ou seja, apresentavam ausência (NMP<2) de coliformes totais e fecais em 43% das águas analisadas, em consonância com a Portaria nº. 518, de março de 2004, sobre a qualidade de água para consumo humano (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

Os resultados obtidos na pesquisa que originou o presente capítulo nos levam a considerar que a água utilizada na maioria dos hospitais estudados apresentou índice bastante elevado de amostras com valores acima dos limites microbiológicos fixados pela RDC nº. 12, de 2 de janeiro de 2001, e Portaria nº 518, de 25 de março de 2004 (ambas do Ministério da Saúde), principalmente a água envasada, evidenciando-a como um ponto crítico, que atua como fator de risco considerável à saúde dos enfermos.

Somente quatro hospitais entre os pesquisados (H2, H7, H9 e H12) que utilizavam águas provenientes de abastecimento público apresentaram qualidade microbiológica satisfatória, já que as suas amostras foram rotuladas como próprias para o preparo das dietas enterais, alimentos e consumo isolado, pois estavam em conformidade com o padrão exigido pela Portaria nº 518, de 25 de março de 2004, a demonstrar a preocupação dos seus gestores com relação à qualidade do produto.

Quanto aos outros hospitais, segundo mostra o resultado, pelo menos uma de suas amostras estava fora do padrão determinado pela RDC nº. 12 e Portaria nº. 518, principalmente no que diz respeito às amostras de água envasada.

Como observado, o percentual de contaminação é preocupante, visto que os hospitais estudados não realizavam fervura prévia ao preparo das dietas enterais, provavelmente em razão do conceito de elevada pureza associada ao produto.

Apesar de todas as águas de abastecimento público e de poço, utilizadas nos hospitais, possuírem um processo de desinfecção, ou seja, utilizarem um método químico (ozonização), ficou evidente que este foi incapaz de barrar, na maioria das águas dos hospitais, todas as bactérias, haja vista a presença de organismos nas amostras analisadas, embora em menor proporção, quando comparadas com as envasadas. Provavelmente tal achado decorre do uso, além do prazo estabelecido, do carvão nos filtros ozonizadores.

De acordo com o teste realizado pelo Instituto de Defesa do Consumidor (IDEC) os filtros e purificadores não têm ação absolutamente protetora no caso da água in natura. Se a água for pré-tratada e contiver cloro na medida certa, não haverá risco para a saúde. Em todo caso, para pessoas imunocomprometidas e crianças, recomenda-se fervê-la por quinze minutos, no mínimo

A presença de contaminação nas águas de abastecimento e de poço deve ter ocorrido provavelmente na rede de tubulação por meio do material de que é constituída e/ou nos reservatórios dos hospitais, pelo fato de a água passar por certo armazenamento nesses locais e/ou na manipulação.

Oliveira e Terra (2004) ressaltam que a armazenagem da água aumenta a possibilidade de se agregarem fatores como longo tempo parada e um microambiente favorável para o crescimento e multiplicação rápida de organismos, pela criação de um biofilme de bactérias em algum ponto crítico desses distribuidores.

Por lei, é obrigatória a existência de reservatório de água, o qual deve estar isento de rachaduras, estar sempre tampado, ser lim-

po e desinfetado nas seguintes situações: quando for instalado, na ocorrência de acidentes que possam contaminar a água, e a cada seis meses (ABERC, 2003).

A ocorrência de falhas na periodicidade de higienização e desinfecção em um dos hospitais, H5, prática realizada anualmente, pode ter contribuído ainda mais para o aumento da contaminação em suas águas.

A provável contaminação da água envasada pode ser proveniente da própria fonte e/ou durante o processamento (quando não observadas as boas práticas de fabricação/manipulação – reutilização das embalagens, embalagens não vedadas apropriadamente) ou na unidade hospitalar: suporte contaminado e manipuladores, e exposição dos garrafões sem proteção adequada.

Portanto, faz-se necessário reavaliar urgentemente as unidades hospitalares e empresas envasadoras, por meio de uma monitoração sistemática por parte dos órgãos oficiais da ANVISA, pois ainda é bastante elevado o índice de amostras que contrariam as normas vigentes.

Assim, os resultados obtidos nos permitiram sugerir medidas preventivas e corretivas à chefia do Setor de Nutrição Enteral, a fim de prevenir e/ou minimizar os riscos de contaminação e multiplicação microbiana. Entre estas, as principais são:

Solicitar às empresas envasadoras os lotes de águas analisados, o padrão microbiológico usado como referência, local e frequência das análises, a metodologia empregada, bem como uma revisão das boas práticas de fabricação (BPF), por parte da empresa fornecedora, com vistas a reduzir a possibilidade de contaminação microbiológica do produto, já que não se permitem os tratamentos para reduzir/eliminar; alertar para o fato de que os galões retornáveis são possíveis fontes de contaminação do produto, quando são negligenciadas a sua inspeção, limpeza e desinfecção; sugerimos às unidades

hospitalares a adoção do sistema APPCC, dos POPs e estabelecer aplicação das boas práticas de preparação da nutrição enteral (BPP-NE), conforme RDC nº 63, de 6 de junho de 2000 (BRASIL,2000), como maneira de obter água segura para o preparo das dietas enterais, com a qualidade e estabilidade desejadas; observar o prazo de validade do elemento filtrante utilizado nos filtros ozonizadores, seguindo corretamente as instruções do fabricante; e orientar sobre a fervura da água conforme RDC nº 63, de 6 de junho de 2000 (BRASIL, 2000).

Apesar dos esforços da ANVISA, nos últimos anos, com a introdução de normas legais e atualizadas, que fixam parâmetros mais seguros para o controle da qualidade da água, muito ainda será preciso fazer. Há necessidade de harmonizar a legislação para a água usada no preparo das dietas enterais, uma vez que existem níveis de exigências diferentes para a mesma matéria-prima, pois a elevada contaminação das águas envasadas, usadas no preparo das dietas enterais com *Pseudomonas aeruginosa*, coloca em risco a saúde dos pacientes, principalmente os imunocomprometidos.

Autores como Guilherme et al. (2000) e Warburton e Dodds (1992) consideram o *Pseudomonas aeruginosa* um micro - organismo capsulado, com capacidade para formação de biofilmes nos equipamentos, resistentes aos antibióticos e aos desinfetantes, principalmente ao cloro, além de apresentar maior resistência do que os micro-organismos patogênicos, sendo capaz de inibir as bactérias do grupo coliforme e causar infecção nosocomial.

Esta história, porém, a do hospital, como qualquer outra, não é enredo acabado, pois está sendo feita como a de tantas instituições contemporâneas em crise, que precisam andar com a vida. A solução, no entanto, virá de fora, com o reconhecimento pleno da cidadania do doente e/ou de seus componentes familiares, inclusive,

investidos da sua condição de sujeitos. Para tanto, é fundamental o papel das políticas públicas, não apenas no sentido de legislar, como também de acompanhar e avaliar.

O poder público em seus níveis hierárquicos (federal, estadual, distrital e municipal) deveria fomentar ações sistematizadas e integradas, não somente de vigilâncias no sentido restrito da palavra, mas também em sua abrangência. Cabe-lhe praticar ações de precaução e prevenção, com ênfase na capacitação das instituições hospitalares, e estas, por sua vez, incentivando e estimulando suas técnicas nesta parceria.

BIBLIOGRAFIA

AMARAL, L. A. et al. Água de consumo humano como fator de risco à saúde em propriedades rurais. *Revista Saúde Pública*. São Paulo: USP, v. 37, n. 4, 2003.

AMERICAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION. *Standard methods for the examination of water and wastewater*. Baltimore, Maryland, USA: APHA, AWWA, WEF, 1995.

ANTUNES, J. L. F. *Hospital: instituição e história social*. São Paulo: Letras & Letras, 1991.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DAS EMPRESAS DE REFEIÇÕES COLETIVAS. *Manual de práticas e elaboração de serviço de refeição para coletividade*. São Paulo, 2003.

AZEREDO, G. A. de; MOURA, M. A. de; CONCEIÇÃO, M. L. da; SILVA, J. Caracterização das águas dos bebedouros do campus I – UFPB, sob o ponto de vista microbiológico. *Revista Higiene Alimentar*, v. 15, n. 90/91, p. 79-82, 2001.

BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Pesquisa Nacional de Saneamento Básico*. 2000.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria nº. 310 de 16 de julho de 1999*.

----- *Portaria nº. 518/GM* de 25 de março de 2004.

----- *Resolução nº. 12* de 2 de janeiro de 2001.

BUSSY, V.; MARECHAL, F.; NASCA, S. Microbial contamination of enteral feeding tubes occurring during nutritional treatment. *J. Parenter. Enteral Nutr.*, v. 16, n. 9, p. 552-557, 1992.

CARVALHO, M. L. et al. Pontos críticos no controle da manipulação de dietas enterais no município de São Paulo. *Revista Brasileira de Nutrição Clínica*, v. 14, n. 3, p. 145-155, 1999.

CEARÁ. SUPERINTENDÊNCIA ESTADUAL DO MEIO AMBIENTE. *Cartilha de Água*. Fortaleza, 2004.

COELHO, D. L. et al. Uso do método do substrato cromogênico para quantificação do número de bactérias do grupo coliforme em águas minerais envasadas. *Boletim Centro de Pesquisa e Processamento Alimentar*. 16 (1), p. 45-54, 1998.

COSTA, L. de LUNA et al. Eficiência Wethands construídos com dez dias de detecção hidráulica na remoção de coliformes e de bacteriófagos. *Revista de Biologia e Ciências da Terra*. 3 (1), set. 2003.

D'AGUILA, P. S. *Pseudomonas aeruginosa* como indicador em análises bacteriológicas de águas de abastecimento público no Rio de Janeiro. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 64, 1996.

EIROA, M. N. V. ; JUNQUEIRA, V. C. A. ; SILVEIRA, N. F. Avaliação microbiológica de linhas de captação e engarrafamento de água mineral. *Ciência e Tecnologia de Alimentos*, v. 16, n. 2, p. 169-169, jul./set. 1996.

FOUCAULT, M. O nascimento do hospital. In: *Microfísica do poder*. 13. ed., Rio de Janeiro: Graal, 1998.

FRANCO, B. G. M.; LANDGRAF, M. *Microbiologia dos alimentos*. São Paulo: Atheneu, 2004.

FREELAND, C. P. et al. Microbial Contamination of Continuous. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, n. 13, p.18-22, 1989.

FREITAS, M. B.; BRILHANTE, O. M.; ALMEIDA, L. M. Importância da análise de água para a saúde pública em duas regiões do Estado do Rio de Janeiro: enfoque para coliformes fecais, nitrato e alumínio. *Caderno de Saúde Pública*, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 651-60, 2001.

GERMANO, P. M. L. ; GERMANO, M. I. S. *Higiene e vigilância sanitária de alimentos*. São Paulo: Varela, 2001.

GOMES, P. C. F. de L. et al. Análise físico-química e microbiológica da água de bebedouros de uma IFES do Sul de Minas Gerais. *Revista Higiene Alimentar*, v. 19, n. 133, p. 63-65, 2005.

GUILHERME, E. F. M. ; SILVA, J. A. M. da; OTTO, S. S. *Pseudomonas aeruginosa* como indicador de contaminação hídrica. *Revista Higiene Alimentar*, 14 (76), p. 43 -7, set. 2000.

HOFFMANN, F. L. et al. Avaliação das condições higiênico-sanitárias de mameadeiras preparadas nos lactários de um hospital de São José do Rio Preto-SP. B. *CEPPA*, Curitiba, v. 14, n. 2, p. 231-252, 1996.

KEOHANE, P. A. Controlled trial of aseptic enteral diet preparation-significant effects on bacterial contamination and nitrogen balance. *Clinical Nutrition*, v. 2, n. 10, p. 119 -122, 1983.

KESSLER, F. P. et al. Avaliação microbiológica de dietas enterais artesanais utilizadas no Hospital Universitário Antônio Pedro. *Revista Brasileira de Nutrição*, Petrópolis, v. 15, p. 426 - 435, 2000.

LISBOA, T. C. Breve história dos hospitais da antiguidade à idade contemporânea. *Notícias hospitalares*, v. 4, n. 37, jun./jul. 2002.

MACÊDO, J. A. B. *Águas & Águas*. Juiz de Fora/Minas Gerais: ORTOFARMA/São Paulo: Varela, 2001.

MARTINS, P. H. *Contra a desumanização da medicina: crítica sociológica das práticas médicas modernas*. Petrópolis /Rio de Janeiro: Vozes, 2003. 335p.

MATNER, R. R. et al. Efficacy Petrifilm E.coli count plates for E.coli and coliform enumeration. *Journal of food Protection*, v. 52, p. 145 - 50, 1990.

- OLIVEIRA, A. C. S. ; TERRA, A. P. S. Detecção de coliformes totais e fecais em águas dos bebedouros do Campus I da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 37 (3), p.285 - 86, 2004.
- PEREZ, S. K. ; BRANDT, K. Enteral Feeding Contamination: Comparision of Diluents and Feeding Bag Usage. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 13 (3), p. 306 - 8, 1989.
- PINHEIRO, J. C. ; BATES, D. M. *Mixed-Effects Models in S and S-PLUS*. New York: Springer-Verlag, 2000.
- RIBEIRO, H. P. *O hospital: história e crise*. São Paulo: Cortez, 1993.
- SANTOS B. H. C. et al. Calorimetria como parâmetro de avaliação da qualidade sanitária de alimento enteral. *Revista Higiene Alimentar*. v. 18, n. 123, 2004.
- SILVA JR., E. A. da. *Manual de controle higiênico-sanitário em alimentos*. São Paulo: Varela, 2002.
- SILVA, E. F. ;SALGUEIRO, A. Avaliação da qualidade bacteriológica de água de poços na região metropolitana de Recife/PE. *Revista Higiene Alimentar*. v. 15, n. 90/91, 2001.
- SILVA, N. da et al. *Manual de métodos e análise microbiológica de água*. Campinas: ITAL/Núcleo de Microbiologia, 2000.
- SOARES, J. B. ; MAIA, A. C. F. *Água: microbiologia e tratamento*. Fortaleza: EDUFC, 1999.
- WAITZBERG, D.I et al. *Dieta, nutrição e câncer*. São Paulo: Atheneu, 2006.
- WARBURTON, D. W.; DODDS, K. L. A review of the microbiological quality of bottled water sold in Canada between 1981 and 1989. *Can. J. Microbiol.* v. 38, p. 12 -19, 1992.
- WENDPAP, L. L. ; DAMBROS, C. S. K. ; LOPES, V. L. D. Qualidade das águas minerais e potável de mesa, comercializadas em Cuiabá-MT. *Revista Higiene Alimentar*, v. 13, n. 64, p. 40 - 44, set. 1999.

A QUALIDADE DOS ALIMENTOS NO CONTEXTO DA POLÍTICA DE SEGURANÇA ALIMENTAR: ESTUDO DE CASO NUMA FEIRA LIVRE TRADICIONAL DE FORTALEZA

Helder de Freitas Moura³¹

INTRODUÇÃO

Os movimentos em torno da questão da segurança alimentar e a organização daí decorrente, tendo em vista a efetivação de um sistema organizativo com participação da sociedade civil, como os conselhos e conferências voltados a essa questão, constituem importantes passos no sentido de garantias legais relacionadas à disponibilidade de alimentos de qualidade para todos os brasileiros. Todavia, uma grande parcela destes ainda não dispõe de alimento algum.

Atualmente, modelos dietéticos incluem os peixes marinhos como fonte proteica de alto valor biológico, baixo valor calórico e alta digestibilidade. A gordura dos peixes marinhos, constituída por ácidos graxos poli - insaturados do tipo Ômega-3, comprovadamente atuantes na prevenção de placas ateromatosas, promove a redução do risco de doenças cardiovasculares isquêmicas. Os peixes marinhos contêm também significativa quantidade dos mais variados sais minerais e as vitaminas A e D.

Em virtude dessas características intrínsecas a este tipo de peixes, a OMS recomenda um consumo de doze quilos por habitante/ano, contribuindo para tornar esse produto bastante apreciado e procurado por pessoas de diversos níveis de renda. Contudo, o

31 Helder de Freitas Moura. Mestre em Planejamento e Políticas Públicas pela Universidade Estadual do Ceará, Especialista em Saúde Pública e Gestão Ambiental e Graduado em Farmácia e Bioquímica, pela Universidade Federal do Ceará.

acesso a esse alimento vem se tornando cada vez mais difícil para a população em geral, devido a fatores que elevam o custo de sua cadeia produtiva. Tal realidade leva conseqüentemente à baixa oferta. Diante disto, a busca para a solução desse impasse inclui a procura desse alimento em locais onde sua comercialização é feita informalmente a preços reduzidos, como nas feiras livres.

Os peixes são alimentos altamente perecíveis, delicados e susceptíveis a uma série de contaminantes de natureza biológica, química ou física, além de ter uma cadeia produtiva segmentada, em decorrência das grandes distâncias, e ainda pela presença de atravessadores entre o pescador e o consumidor final. Desse modo, há a necessidade da manutenção da cadeia de frio com a finalidade de garantir as boas características sanitárias, sensoriais e nutritivas do produto.

A higiene dos alimentos diz respeito ao conjunto de medidas necessárias para garantir segurança (inocuidade) do alimento em todos os estágios desde a sua produção, comercialização, até o consumo final. É dentro deste contexto que os serviços de vigilância sanitária, em especial, o do poder público municipal, se apoiam para exercer suas atividades, com vistas a minimizar os riscos das doenças veiculadas por alimentos (DVA) para a população.

Por reconhecer a importância vital da boa conservação dos alimentos para a saúde da população em geral, focalizamos nosso interesse de pesquisa em torno da comercialização dos peixes marinhos na feira livre de Messejana.

Dessa forma, estabelecemos como objetivo geral dessa pesquisa avaliar as condições higiênico-sanitárias dos peixes de origem marinha, comercializados na tradicional feira livre de Messejana, em Fortaleza-CE. Procuramos ainda verificar o grau de confiabilidade do produto sob o ponto de vista da segurança alimentar, por meio

de indicadores sanitários microbiológicos instituídos pela legislação brasileira em vigor.

Quanto à metodologia utilizada, foi de natureza qualitativa e quantitativa, incluindo o exame de fontes bibliográficas, documentais e de um conjunto de leis relacionadas ao tema, como também efetuamos cuidadoso trabalho de campo. A bibliográfica fundamentou-se em vários autores elencados ao final deste capítulo, destacando-se, entre eles, Germano e Germano (2003), que estabelecem aspectos considerados fundamentais concernentes à higiene e vigilância sanitária de alimentos. Destacamos ainda, Vieira (2004), cuja obra apresenta aspectos teóricos e práticos a respeito da microbiologia, higiene e qualidade do pescado, conteúdos de suma importância para essa pesquisa. Como fonte documental, ressaltamos o “Manual de Pesca”, escrito por Ogawa e Lima (1999).

A pesquisa documental nos levou ao exame de toda a normatização existente no país relacionada ao tema. Quanto à pesquisa de campo, foi efetuada em feira livre tradicional da cidade de Fortaleza e incluiu observação direta. Destacamos como instrumentos utilizados um formulário, estruturado e fundamentado em boas práticas na área de alimentação, nas exigências dos diplomas legais para a comercialização do peixe fresco, e na regulamentação municipal de funcionamento das feiras livres, um diário de campo onde fizemos as anotações pertinentes, uma máquina fotográfica digital para o registro e a comprovação de nossa argumentação, um termômetro do tipo espeto para a aferição da temperatura no centro geométrico dos peixes marinhos.

A DEFESA DO CONSUMIDOR: RELAÇÕES COM OS ALIMENTOS E A SAÚDE

Aspectos legais

A saúde é tida como um bem jurídico ou a vida social, de interesse público tutelado pelo Estado, que se procura preservar, cuja natureza depende, sem dúvida, no sentido que a norma tem ou que a ela é atribuído, constituindo, em qualquer caso, uma realidade contemplada pelo Direito. É, portanto, um valor da vida humana a se preservar.

Diante desse quadro, como fica demonstrado, o direito à saúde transcende os valores sociais, pois é um direito subjetivo inerente à pessoa, que configura, quando violado, grave lesão à saúde pública. Quando houver obstáculo à ação sanitária é dever do Estado intervir, a fim de suprir a necessidade social, daí o poder de polícia do Estado à proteção integral da vida, da saúde, e do bem-estar geral (DIAS, 2002).

Vale salientar que a Lei Federal nº 7.347, de 24 de julho de 1985, já disciplinava os mecanismos jurídicos de defesa do consumidor, por meio da ação civil pública de responsabilidade, por danos causados ao meio ambiente, ao consumidor, entre outros (BRASIL, 1985).

Nos termos do Art. 5º, no inciso XXXII, da Constituição Federal de 1988, referente aos direitos e deveres individuais e coletivos - o Estado promoverá, na forma da lei, a defesa do consumidor. Este artigo também é amparado pelo Art. 196 da Carta Magna, que afirma ser a saúde direito de todos e dever do Estado. Este deve garanti-la, mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

A garantia legal de uma alimentação saudável está implícita, também, no Código de Defesa do Consumidor, aprovado pela Lei Federal n.º 8.078, de 11 de setembro de 1990. Nesse Código são

estabelecidas as normas de proteção e defesa do consumidor, como questão de ordem pública e interesse social, ao regulamentar o previsto no Art. 5º, inciso XXXII, da Constituição Federal de 1988, que afirma: “ O Estado promoverá, na forma da lei, a defesa do consumidor”; e ainda o Art. 170: “A ordem econômica, fundada na valorização do trabalho humano e na livre iniciativa, tem por fim assegurar a todos existência digna, conforme os ditames da justiça social, observados os seguintes princípios, em destaque o inciso V, que explicita a defesa do consumidor “.

Ainda sobre o mesmo dispositivo legal, estabelece que a Política Nacional de Relações de Consumo no seu Art. 4º tem por objetivo o atendimento das necessidades dos consumidores, o respeito à sua dignidade, saúde e segurança, a proteção de seus interesses econômicos, a melhoria de sua qualidade de vida, bem como a transparência e harmonia das relações de consumo, atendidos os seguintes princípios: I - reconhecimento da vulnerabilidade do consumidor no mercado de consumo; e II - ação governamental no sentido de proteger efetivamente o consumidor (BRASIL, 1990).

Inegavelmente, a entrada em vigor do Código de Defesa do Consumidor representou uma grande transformação nas relações entre consumidores (o público em geral) e empresas de produtos e serviços. Ademais, atesta que a pura lógica do mercado e da produção amíúde descuida da segurança e da saúde dos cidadãos e evidencia a incapacidade do mercado de, por si só, proteger e garantir os direitos do consumidor.

Assim, nesse sentido, o Código atua ao definir, claramente, para efeitos legais, os direitos básicos do consumidor. Atribui responsabilidade ao fabricante, ao fornecedor, ao produtor, ao construtor pela reparação de danos causados aos consumidores, e estabelece, inclusive, infrações penais.

Segundo a Lei Federal nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002, que institui o Código Civil brasileiro, afirma no seu Art. 186: “Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito” e no Art. 927: “Aquele que, por ato ilícito, causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo”.

A segurança alimentar

De modo geral, o entendimento de segurança alimentar pode variar do total desconhecimento até à intuição de alguns aspectos pertinentes ao conceito. Mas são tantos os detalhes envolvidos nessa complexa e ampla expressão que nem mesmo as políticas públicas conseguem abarcá-los em sua totalidade. Trata-se de um conceito que vem sendo construído no decorrer do tempo e consolidado nos debates sobre direitos humanos ao longo das últimas três décadas (CUNHA, 2005).

O conceito de segurança alimentar teve sua origem num contexto militar na Europa, a partir da Primeira Grande Guerra Mundial, quando assumiu a conotação de segurança nacional, se referindo aos países, e não a indivíduos ou famílias, no sentido de que os países deveriam garantir-se na formação de estoques estratégicos de alimentos pela autossuficiência, tornando-se menos vulneráveis em caso de dificuldades de ordem política ou militar, propiciadoras de restrições à comercialização/abastecimento. O foco das atenções eram os problemas globais de abastecimento. Nessa perspectiva de posse ou controle dos alimentos, estabeleceu-se uma vinculação da questão alimentar à capacidade de produção.

Esse conceito foi retomado por ocasião da Segunda Grande Guerra Mundial agregando a noção do direito humano à alimentação, inserida no contexto da determinação expressa pelas Nações

Unidas (1943) de libertar da miséria todas as pessoas. Tal compreensão evoluiu com o idealismo que caracterizou a política aliada do pós-guerra, através da Declaração dos Direitos Humanos (1948), Declaração da ONU a respeito dos Direitos Econômicos e Sociais (1966) e a criação da Organização das Nações Unidas para a Agricultura e a Alimentação (FAO), em Roma, 1974 (MONTAÑA, 2003).

Segundo o mesmo autor, na década de 1970, por ocasião da I Conferência Mundial de Segurança Alimentar, promovida pela FAO, a constatação da escassez de alimentos em várias partes do mundo levou à compreensão sobre a necessidade de haver maior disponibilidade de alimentos. Vinculava-se, desse modo, a segurança alimentar à capacidade de produção agrícola. Foi a partir dessa conferência que o termo segurança alimentar foi disseminado pelo mundo.

Nessa mesma época o enfoque da segurança alimentar estava relacionado com disponibilidade segura e adequada do alimento, em termos de produção, armazenamento e oferta, e menos com o direito humano a esse alimento.

Desde então, a questão do acesso aos alimentos foi ganhando força como elemento central da segurança alimentar. No início dos anos 1990, agregam-se ao conceito de segurança alimentar outros elementos específicos como: a qualidade (física, química, biológica, nutricional), o direito à informação, valorização das opções culturais em termos de hábitos alimentares das pessoas ou grupos, bem como considerações éticas sobre compromissos entre as gerações (atual e futura) no referente ao desenvolvimento adotado, à utilização de recursos e à sustentabilidade, conferindo, assim, uma face mais humana a esse conceito.

Posteriormente, ao conceito de segurança alimentar formou-se movimento de cunho internacional, o qual fazia a ligação da alimentação e nutrição com a cidadania. Assim, defendia a segurança

alimentar como um direito humano fundamental, a ser garantido por políticas públicas, devendo contar com o Estado para proteger e promover a cidadania e, também, com a participação da sociedade civil na condição de coparticipante, mediadora ou agente desse processo (MONTAÑA, 2003).

Mesmo antes de realizada, em julho de 1994, a I Conferência Nacional de Segurança Alimentar, organizada pelo Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA), o governo Itamar Franco, em 1993, em parceria com a sociedade civil, estabeleceu o “Mapa da Fome”, um instrumento fundamental para a mobilização do governo e a sociedade civil no combate à fome. Conforme esse mapa apontava, 32 milhões de pessoas no Brasil com renda familiar insuficiente sequer poderiam comprar uma cesta básica. Isso veio reforçar então o desencadeamento da famosa campanha de Ação da Cidadania Contra a Fome e a Miséria e pela Vida. O governo Fernando Henrique Cardoso substituiu o CONSEA pelo Programa Comunidade Solidária, que procurou tratar de diferentes propostas relacionadas ao tema (MENEZES, 2001).

Dez anos depois de relegado, o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional é reativado no governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, no dia 30 de janeiro de 2003, pelo Decreto Federal nº 4.582, de 30 de janeiro de 2003. Sua regulamentação em definitivo se dá pelo Decreto Federal nº 5.079, de 12 de maio de 2004, como um instrumento de articulação entre governo e sociedade civil na proposição de diretrizes para as ações na área da alimentação e nutrição. O Conselho tem caráter consultivo e de assessoramento imediato do Presidente da República na formulação de políticas e na definição de orientações para que o país garanta o direito humano à alimentação. Também, como estabelece, todo mundo deverá ter o direito a uma alimentação saudável, acessível,

de qualidade, em quantidade suficiente e de modo permanente. Isso é segurança alimentar e nutricional. Ela deve ser totalmente baseada em práticas alimentares promotoras da saúde, sem nunca comprometer o acesso a outras necessidades essenciais. Esse é um direito do brasileiro, um direito de se alimentar devidamente, respeitando as particularidades e características culturais de cada região. E o Brasil, como todo país soberano, faz questão de garantir a segurança alimentar e nutricional do seu povo (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

De acordo com o então Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (MAPA) do Brasil, o *Codex Alimentarius*, isto é, o código dos alimentos, é um fórum internacional de normalização de alimentos estabelecido pela Organização das Nações Unidas (ONU), pela FAO e Organização Mundial da Saúde (OMS). Foi criado em 1964, com a finalidade de proteger a saúde dos consumidores e assegurar práticas equitativas no comércio regional e internacional de alimentos. Mencionado Código goza de uma sólida reputação internacional e se constitui em um ponto de referência mundial para consumidores, produtores, elaboradores de alimentos, enfim, para organismos internacionais de produtos alimentares.

A questão da segurança alimentar tem sido tema pertinente não apenas em estudos científicos, como também nas questões de ordem político-econômica dos países de todo o mundo. Os últimos debates de segurança orgânica têm demonstrado grande preocupação com o estudo de alternativas mais eficientes para o controle e garantia da inocuidade dos alimentos, especialmente na eliminação de micro-organismos patogênicos da cadeia alimentar, já que os métodos convencionais, de inspeções e análises microbiológicas, têm-se mostrado insuficientes para garantir a segurança do alimento. É necessário dar ênfase à adoção de medidas preventivas para o controle de riscos de situações que caracterizam os perigos de origem

microbiológica presentes nas várias etapas do processo de produção de alimentos com vistas a atender o consumidor cada vez mais exigente e consciente dos seus direitos (TADEU, 2001).

Segundo o mesmo autor, os programas de gerenciamento da qualidade devem estar em consonância com o *Hazard Analysis Critical Control Point* (HACCP) proposto pela OMS, no Brasil conhecido pelo Sistema de Análise de Perigos e Pontos Críticos de Controle (APPCC). Trata-se de uma ferramenta compreensível porque analisa os ingredientes, processos e usos subsequentes dos produtos. Ela é contínua, pois os problemas são detectados quando ocorrem ou imediatamente após sua ocorrência, podendo ser adotada uma medida corretiva imediata. É sistemática, porque compreende um plano completo, abrangendo passo a passo cada operação, procedimento e medida de controle. Por meio desse método, os riscos de ocorrência de doenças veiculadas por alimentos serão bastante reduzidos. Os elementos desse método enfatizam a atenção em operações críticas, onde o controle é essencial; assim difere do conceito de inspeção tradicional, voltado para problemas de natureza estética ou de legislação, muitas vezes com menor significado no aspecto de saúde pública.

Cabe mencionar um fato importante: em agosto de 2002 se deu a mudança do Projeto APPCC para o Programa Alimentos Seguros (PAS) que busca garantir, por intermédio do Sistema de Análise de Perigos e Pontos Críticos de Controle, a segurança dos alimentos, reduzir custos, incrementar a produtividade e a competitividade, além de atender estritamente às exigências das legislações nacional e internacional. Para propiciar sistemáticas de certificação em sistemas de gestão de APPCC, vários países estabeleceram normas nacionais, mas em setembro de 2006 ocorreu a publicação pela ISO (*International Organization for Standardization*), a ISO 22000.

No Brasil, a Norma nº NIT-DICOR-015, aprovada em outubro de 2006, pela ABNT, estabelece o Plano de Transição estabelecido para o Tipo de Acreditação OHC, que atualmente abrange os Organismos de Certificação de Sistemas de Gestão da Análise de Perigos e Pontos Críticos de Controle fundamentado na ABNT NBR 14900. Ela passará a abranger os Organismos de Certificação de Sistemas de Gestão da Segurança de Alimentos, pela ABNT NBR ISO 22000, cujo objetivo é gerar mecanismos mundiais para a gestão da segurança do alimento ao longo de toda a cadeia produtiva de alimentos.

Além disso, auxiliará as organizações no gerenciamento de processos seguros e estimulará a comunicação desde o produtor até o consumidor final, além de implementar a comunicação organizativa entre os parceiros comerciais, otimização de recursos, internamente e ao longo da cadeia produtiva, melhoria da documentação, melhor planejamento e menos inspeção pós-processual, controle mais eficiente e dinâmico de ameaças à segurança alimentar, todas as medidas de controle sujeitas à análise de perigos, gerenciamento sistemático dos programas de pré-requisitos, larga aplicabilidade, porque a norma é focada em resultados finais, base válida para tomada de decisões, aumento da devida diligência, controle focado naquilo que é necessário, e economia em pesquisas devido a redução do número de auditores ao sistema (ABNT, 2006).

CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS PEIXES MARINHOS

Por atividade aquosa entendemos a quantidade de água disponível no alimento, a qual, nos peixes, está em torno de 0,98 e 0,99 (SILVA JR. ,1995).

Como afirmam Ogawa e Maia (1999), o pescado contém de 60% a 85% de umidade e quase todos os elementos químicos são en-

contrados no músculo do peixe sadio, com destaque para o potássio, cálcio, zinco, sódio, fósforo, magnésio, ferro, cobre cobalto, enxofre, cloro, manganês, selênio, cromo, estanho, níquel, flúor e iodo.

Segundo os mesmos autores, o pescado constitui uma boa fonte de vitaminas que podem ser divididas em dois tipos: lipossolúveis: A, D, E, K, F, e hidrossolúveis: B1, B2, B6, B12, C, Niacina, Ácido Pantotênico, Biotina, Ácido Fólico, Ácido Lipólico e Inositol. Além destas, Colina, Ácido p-Amino-Benzóico, Carnitina e outros que atuam como vitaminas. Os lipídios exercem importante papel como fonte energética, constituinte de membranas celulares, nutrientes essenciais, substâncias controladoras do metabolismo e isolantes. Tanto que nos animais marinhos os lipídios, mesmo sob baixas temperaturas, encontram-se na forma líquida, em face da grande quantidade de ácidos graxos poli-insaturados de cadeia longa e aos lipídios não glicéridios, protetores contra danos mecânicos externos etc.

Ainda como explicam, na caracterização e distribuição dos lipídios de pescado, em que a maioria dos ácidos graxos é composta por número par de carbonos com 14 a 22 átomos de carbono (C14 e C22), geralmente com cadeia normal, tem sido relatada a ocorrência de pequenas quantidades de cadeia normal ímpar e cadeia ramificada, podendo ser saturados ou insaturados - monoênicos ou poliênicos. Sua composição varia de acordo com a espécie do animal, hábito alimentar, estação do ano, temperatura da água, dieta, habitat e estágio de maturação. As duplas ligações dos ácidos insaturados são da forma cis, e em geral é representado por uma simbologia curta, tal como 18:3 ω 3 ou 18:3n-3, onde 18 é o número de carbonos, o 3 indica o número de duplas ligações, e ω 3 ou n-3, representado pela palavra Ômega, um termoquímico indicando a posição da dupla ligação na cadeia insaturada da molécula do ácido

graxo, no caso, o terceiro átomo de carbono contado a partir da extremidade metil-terminal que possui a primeira dupla ligação.

Assim, os ácidos graxos insaturados podem ser classificados nas seguintes famílias: $\omega 9$: ácido oleico; $\omega 7$: palmitoleico; $\omega 6$: linoleico; e $\omega 3$: ácido linolênico. Mas os ácidos graxos insaturados mais comuns no pescado são principalmente, o 18:1 $\omega 9$ (ácido monoênico), 18:2 $\omega 6$ (diênico), 18:3 $\omega 3$ (triênico) e 20:4 $\omega 6$ (tetraênico – ácido araquidônico); como ácido pentaenoico, o principal é o ácido eicosapentaenoico (EPA) ou 20:5 $\omega 3$, e como hexaenoico, o ácido docosahexaenoico (DHA) ou 22:6 $\omega 3$. Esses dois últimos possuem um efeito de prevenir arteriosclerose e trombose no ser humano.

Sobre a microbiota do pescado, desde o início do século passado, muitos trabalhos foram publicados, a grande maioria em áreas oceânicas temperadas e/ou frias. As primeiras pesquisas no campo da microbiologia do pescado, segundo Shewan (1961), foram realizadas por Ulrich e Burns, em 1908, com o objetivo de avaliar o estado higiênico do pescado processado. A microbiota normal do peixe é relativamente uniforme e é influenciada pelo habitat e a variação da temperatura. Patógenos ou indicadores de poluição fecal são raramente encontrados no pescado recém-capturado (FERNANDES et al., 1995).

Na mucilagem que recobre a superfície do pescado se encontram bactérias dos seguintes gêneros: *Pseudomonas*, *Acinetobacter*, *Moraxella*, *Alcaligenes*, *Micrococcus*, *Flavobacterium*, *Corynebacterium*, *Sarcina*, *Serratia*, *Vibrio* e *Bacillus* (FRAZIER; WESTHOFF, 1993).

Para Ogawa e Lima (1999), músculos, órgãos e líquido corporal de peixes vivos saudáveis são assépticos, enquanto a pele, guelras etc., que têm contato direto com água, apresentam um razoável nível de contaminação, especialmente por bactérias. Mas, a alteração microbiana do pescado não tem início enquanto não houver passa-

do o estado de *rigor mortis*, quando as fibras musculares começarem a liberar seu suco. Quanto mais retardar esse momento, maior será o período de conservação do pescado.

A histamina é produzida por ação bacteriana, especialmente quando os peixes são expostos a altas temperaturas por um determinado período (HALASZ et al., 1994).

Vários autores, entre os quais Vicente (2005), se fundamentam em Huss (1997), para apontar os evidentes sinais de deterioração do peixe e dos produtos da pesca são os seguintes: detecção de cheiros e sabores desagradáveis; formação de muco, produção de gás, coloração anormal e alterações na textura. O desenvolvimento destes sinais decorre de um conjunto de fenômenos microbiológicos, químicos e autolíticos.

Ainda conforme o autor, a flora inicial do peixe é muito diversa, embora as bactérias psicotróficas Gram-negativas sejam, muitas vezes, dominantes. O peixe capturado em áreas tropicais pode transportar uma carga ligeiramente mais elevada de organismos Gram-positivos e bactérias entéricas. Durante a armazenagem em temperaturas acima de 0º C, a atividade microbiana é causa de deterioração. Os processos de deterioração química mais importante são as alterações que ocorrem na fração lipídica do peixe, por auto-oxidação, que envolvem apenas oxigênio e os lipídios insaturados. A deterioração ou as alterações autolíticas são responsáveis pela perda inicial da qualidade do peixe fresco, mas contribuem muito pouco para a deterioração de peixe refrigerado e de outros produtos de pesca. Também como acrescentou, as bactérias que produzem histamina são estas: algumas *Enterobacteriaceae*, *Vibrio sp.*, *Clostridium* e *Lactobacillus sp.*

A temperatura como fator de conservação dos peixes

A refrigeração é uma prática eficazmente empregada na conservação de alimentos, baseada na diminuição da temperatura com o objetivo de minimizar os efeitos das ações químico-enzimáticas envolvidas no processo de autólise (OGAWA ;LIMA, 1999).

O uso de temperaturas baixas para a conservação de alimentos se baseia também no fato de que a atividade dos micro-organismos que os contém pode ser retardada a temperaturas acima da temperatura de congelamento, e geralmente pode ser detida em temperaturas abaixo desta. Seu fundamento consiste em que todas as reações metabólicas dos microrganismos estão catalisadas por enzimas, e que a velocidade das reações catalisadas por enzimas é diretamente proporcional à temperatura (FRAZIER; WESTHOFF, 1993).

É de fundamental importância ser o pescado resfriado logo após a captura. Esse resfriamento é geralmente feito misturando-se ao peixe gelo nas urnas dos barcos de pesca. Alguns problemas podem ser observados no uso do gelo a bordo como a sua má distribuição e insuficiência com relação à quantidade de pescado. Nesses casos, os produtos localizados em região de menor quantidade de gelo deterioram-se mais rapidamente e contribuem para a contaminação do restante do lote (GEROMEL; FORSTER, 1982).

REGULAÇÕES SOBRE ASPECTOS HIGIÊNICO-SANITÁRIOS EM FEIRAS LIVRES

Sobre a higiene ambiental, a Resolução RDC nº 216-ANVISA, de 15 de setembro de 2004, que dispõe sobre o Regulamento Técnico de Boas Práticas para Serviços de Alimentação, estabelece o seguinte: as instalações físicas devem ser abastecidas de água corrente e dispor de conexões com rede de esgoto ou fossa séptica; as

áreas internas e externas do estabelecimento devem estar livres de objetos em desuso ou estranhos ao ambiente, não sendo permitida a presença de animais; as instalações sanitárias devem possuir lavatórios e estar supridas de produtos destinados à higiene pessoal, toalhas de papel não reciclado e coletores de resíduos dotados de tampa e acionado sem contato manual.

As feiras livre de Fortaleza-CE estão reguladas pelo Decreto nº 5.568, de 8 de maio de 1980, o qual preconiza suas instalações em locais que ofereçam livre acesso a veículos, não sofram alagamento no período de chuvas, serem sempre próximas a artéria de bairro bem servida por transporte coletivo, bem como ser pavimentada; as barracas têm de ser dispostas em fileiras obedecendo um alinhamento e cobertura, com a passagem de dois metros, no mínimo, entre os diversos setores, permitindo, assim, razoável via de circulação; e, ainda, devem recolher o lixo, oriundo da atividade comercial em depósito próprio/adequado em suas barracas (FORTALEZA, 1980).

No tocante às Condições de Transporte, Acondicionamento e Exposição do Peixe Fresco, o Regulamento Técnico sobre as Condições Higiênico-Sanitárias e de Boas Práticas de Fabricação para Estabelecimentos Produtores/Industrializadores de Alimentos, sobre as matérias-primas alimentícias, prevê: controle de prevenção da contaminação por lixos ou sujeira de origem animal, doméstico, industrial e agrícola, cuja presença possa atingir níveis passíveis de constituir risco para a saúde; com adequado sistema de distribuição e com proteção eficiente contra contaminação; o gelo utilizado em contato direto com alimentos deve seguir o mesmo padrão de água potável (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997).

Há consenso entre autores que, de acordo com a International Commission on Microbiological Specifications for Foods (ICMSF,1991), os alimentos podem ter contato com equipamentos

variados, desde o momento em que se obtêm matérias-primas cruas de origem animal ou vegetal, até ser servido nos mais diferentes tipos de estabelecimentos de alimentação. A limpeza aparente pode induzir ao erro e dar uma falsa sensação de segurança. Os equipamentos e utensílios devem ser de fácil limpeza e adequada desinfecção, para proteger os alimentos contra contaminações cruzadas. Essa operação contribui para se evitar a contaminação direta ou indireta do alimento, que por sua vez pode influir sobre a sua estabilidade ou inocuidade

Conforme observam Vieira et al. (2004), logo após retirado da água, o pescado experimenta uma série de fenômenos naturais que levam à sua deterioração. De modo semelhante à carne, qualquer produto alimentício procedente do mar pode se alterar por autólise, atividade bacteriana e/ou oxidação. A diferença básica consiste no fato de que o músculo do peixe é mais susceptível à deterioração do que a carne dos mamíferos, porquanto o processo autolítico no peixe é mais rápido e sua reação menos ácida. Desse modo, há um favorecimento ao ataque bacteriano.

Quando o gelo é empregado de maneira correta e em quantidade adequada, ele contribui para a conservação do pescado de duas maneiras: ao reduzir a temperatura do pescado até 0º C a 2º C, há então um atraso nas alterações enzimáticas e bacterianas; e ao banhar o pescado em águas limpas e frias resultantes da fusão do gelo, arrastando assim considerável quantidade de muco, sangue e micro-organismos (STANSBY, 1968).

Para manter estreito contato com o pescado, o gelo empregado para sua preservação deverá ser finamente triturado. Qualquer pedaço grande poderá causar prejuízos ao pescado, por dilacerar seus tecidos, possibilitando um ataque bacteriano. A trituração do gelo deve resultar em partículas de dimensões adequadas, a depender do

tamanho e do tipo do peixe. Contudo, as partículas muito finas formarão “pontes de fusão”, tornando o contato menos eficiente, assim sendo, a quantidade de gelo depende da temperatura do ambiente e do tempo de armazenamento, podendo ser da ordem de 50 a 100% do peso do peixe (CEREDA ; SANCHES, 1983).

Em 1952, o então Ministério dos Negócios da Agricultura, através do Decreto nº 30.691, de 29 de março de 1952, aprova o novo Regulamento da Inspeção Industrial e Sanitária de Produtos de Origem Animal (RIISPOA), alterado pelos seguintes decretos: nº 1.255, de 25 de junho de 1962, Decreto nº 1.236, de 2 de setembro de 1994, Decreto nº 1.812, de 8 de fevereiro de 1996, e Decreto nº 2.244, de 4 de junho de 1997. Seu Art. 438 cita de forma genérica pescado como sendo os peixes, crustáceos, anfíbios, quelônios e mamíferos de água doce ou salgada, usados na alimentação humana, e nos Art. 439 e 440, classifica o pescado in natura, de acordo com sua natureza, em: 1) Fresco: aquele pescado que é dado ao consumo sem ter sofrido qualquer processo de conservação, a não ser a do gelo; 2) Resfriado: aquele pescado devidamente acondicionado em gelo e mantido em temperatura entre - 0,5º C a -2º C (menos meio grau centígrados a menos dois graus centígrados); 3) Congelado: aquele pescado tratado por processos adequados de congelação, em temperatura não superior a -25º C (menos 25 graus centígrados). Vale salientar: depois de submetido a congelação o pescado deve ser mantido em câmara frigorífica a -15º C.

Em 1997, o então Ministério de Agricultura, Pecuária e Abastecimento, através da Portaria nº 185, de 13 de maio de 1997, aprova o Regulamento Técnico de Identidade e Qualidade de Peixe Fresco (inteiro e eviscerado), no qual define peixe como sendo animais aquáticos de sangue frio, e peixe fresco, o produto obtido de espécimes saudáveis e de qualidade adequada ao consumo humano,

convenientemente lavado e que seja conservado somente pelo resfriamento a uma temperatura próxima do ponto de fusão do gelo. Ainda, classifica o peixe fresco de acordo com os seus componentes anatómicos em: peixe inteiro, aquele que é inteiro e lavado, peixe eviscerado, que é o produto do peixe fresco, após a remoção das vísceras, podendo ser apresentado com cabeça ou sem cabeça, nadadeiras e/ou escamas. O produto recebeu a denominação para venda como “Peixe Fresco” ou “Peixe Eviscerado Fresco”.

Para compor o arcabouço da regulamentação do peixe fresco, no Brasil, sob o ponto de vista sanitário, existe ainda a Resolução RDC nº 12, de 22 de janeiro de 2001, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que estabelece, no seu Anexo I, os critérios e padrões microbiológicos sanitários para alimentos expostos a venda e a exportação (BRASIL. ANVISA, 2001).

Essa resolução nos esclarece através da letra “a”, Grupo de Alimento nº 7, do Anexo I, como únicos micro-organismos indicadores do padrão sanitário para o pescado, ovas de peixes, crustáceos e moluscos cefalópodes in natura, refrigerados ou congelados não consumidos crus, são: Estafilococo coagulase positiva/g com valores de tolerância máxima para amostra indicativa de 10³ e para *Salmonella* sp/25g, a ausência.

Quanto à Higiene dos Equipamentos e Utensílios Utilizados, conforme a Resolução RDC nº 216-ANVISA/2004, os equipamentos, móveis e utensílios que entram em contato com alimentos devem ser de materiais que não transmitam substâncias tóxicas, odores, nem sabores aos mesmos. Os utensílios devem ser resistentes a corrosão, para permitir repetidas operações de limpeza e desinfecção, e guardados em local adequado. As superfícies dos equipamentos, móveis e utensílios utilizados na preparação, embalagem, armazenamento, transporte, distribuição e exposição a venda dos

alimentos devem ser lisas, impermeáveis, laváveis e estar isentas de rugosidade, frestas e outras imperfeições que possam comprometer a higienização deles ou serem fontes de contaminação dos alimentos. E, ainda, os móveis, equipamentos e utensílios devem ser livres de vetores e pragas urbanas, mediante um conjunto de ações eficazes e contínuas, com o objetivo de impedir a atração, o acesso, o abrigo e/ou proliferação dos mesmos; os resíduos devem ser acondicionados adequadamente, depositados em recipientes identificados e íntegros, de fácil higienização e transporte, em número suficiente, dotados de tampas acionadas sem contato manual, para serem coletados e estocados em local fechado e isolado (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Sobre a Higiene e Saúde dos Manipuladores (feirantes), conforme determina a Resolução RDC nº 216-ANVISA/2004, os manipuladores devem ter asseio pessoal, apresentando-se com uniformes compatíveis à atividade, conservados e limpos. Os uniformes devem ser trocados, no mínimo, diariamente e usados exclusivamente nas dependências internas do estabelecimento. As roupas e os objetos pessoais devem ser guardados em local específico e reservado para esse fim. Devem ser treinados e supervisionados a lavarem corretamente as mãos e demais hábitos de higiene antes, durante e após manipular. Ademais, os feirantes não devem fumar, falar desnecessariamente, cantar, assobiar, espirrar, cuspir, tossir, comer, manipular dinheiro ou praticar outros atos passíveis de contaminar o alimento, durante o desempenho das atividades. Devem usar cabelos presos e protegidos por toucas ou outro acessório apropriado para esse fim; não é permitido o uso de barba. As unhas devem estar curtas e sem esmalte ou base e devem ser retirados todos os objetos de adorno pessoal. Os manipuladores (feirantes) que apresentarem lesões e ou sintomas de enfermidade que possam comprometer a

qualidade higiênico-sanitária dos alimentos devem ser afastados (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

A REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Conforme mencionamos, na pesquisa de campo foram utilizados os seguintes instrumentos: um termômetro digital portátil, do tipo espeto, devidamente calibrado, para medir a temperatura no centro geométrico das amostras dos peixes selecionados; uma câmera digital para captar e comprovar as imagens dos dados registrados; um formulário fundamentado na legislação em vigor do Ministério da Agricultura e Abastecimento e do Ministério da Saúde, destinado à coleta de dados com perguntas fechadas e respostas de múltipla escolha, versando sobre as instalações físicas dos locais de exposição e comercialização (barraca e bancas dos feirantes de peixes marinhos), higiene ambiental, higiene e saúde dos manipuladores (feirantes e dos seus auxiliares), higiene dos equipamentos e utensílios utilizados no manuseio dos peixes e acondicionamento do produto, cujo preenchimento foi feito pelo próprio investigador/observador, mediante sua observação e um diário de campo para anotar as observações pertinentes.

No formulário, os quesitos que apresentaram resultados acima de 70% foram considerados como adequados, no intervalo de 50% a 70 % como parcialmente adequados; e os quesitos com resultados inferiores a 50% como inadequados à legislação vigente.

Para comprovar a qualidade dos peixes marinhos sob o ponto de vista sanitário, foram escolhidas aleatoriamente doze bancas de feirantes, das 23 pesquisadas. Foram colhidas 3 amostras de peixes marinhos, cerca de 500g cada uma, totalizando ao final 36 unidades de amostra indicativa, para análises microbiológicas em

laboratório de alimentos, desconsiderando a espécie, o tamanho, o peso, a idade e o local de captura.

A aferição da temperatura foi feita no ponto geométrico dos peixes, no próprio local de comercialização, no ato da coleta. Em seguida, as amostras foram acondicionadas em caixas isotérmicas e revestidas com gelo, evitando-se assim flutuações na temperatura interna do produto, e enviadas ao laboratório especializado em análise de alimentos, com a finalidade de realizar análises microbiológicas para os agentes bacterianos previstos na letra “a” do Grupo 7 (pescados e produtos de pesca), da Resolução RDC nº 12-ANVISA/2001, *Estafilococo coagulase positiva (+)/g* e *Salmonella sp/25g*, com padrões microbiológicos (limites máximos permitidos) de 103 UFC/g e ausência, respectivamente.

A contagem e confirmação do *Estafilococo coagulase positiva*, agente microbiológico relacionado com o controle da qualidade higiênico-sanitária da cadeia produtiva dos alimentos foi feita pelo método de Contagem Padrão em Placa (CPP), contendo o meio de cultura mais utilizado, o Agar Baird-Parker. Nas placas positivas surgiram colônias negras típicas, não brilhantes, circundadas por um halo claro, demonstrando a utilização do manitol e identificadas com o teste da coagulase (BRASIL.ANVISA, 2001).

Na pesquisa de *Salmonella sp*, indicador sanitário de contaminação tardia por coliformes fecais, bem como pelo seu caráter patogênico, foi utilizada a metodologia recomendada oficialmente, basicamente nas quatro etapas definidas: a) pré-enriquecimento não seletivo em Caldo Lactosado; b) enriquecimento em Caldo Eletivo com o Caldo Rappaport-Vassiliadis mod.; c) plaqueamento seletivo diferencial com Agar Xilose Lisina Desoxicolato; d) confirmação usando Agar Tríplice Açúcar Ferro e Agar Lisina Ferro,

as provas bioquímicas, e, finalmente, o teste sorológico somático polivalente (ABNT, 1991).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como observado, as instalações físicas para as bancas e os balcões da feira livre de Messejana mostraram-se inadequadas no período da pesquisa.

O piso onde a feira livre está dispersa, apesar de boa qualidade, apresenta-se em péssimas condições de higiene. Por ser realizada em meio urbano ao ar livre, não há barreira física de separação (parede) entre as barracas; a ventilação é natural, bem como a iluminação.

Também não há padronização das barracas/balcões, nem espaçamento mínimo exigido entre elas, recomendada de 2 metros. Há utilização de material plástico como coberta para as barracas, expondo o produto à luz direta do sol.

As superfícies de contato (forramento dos balcões) dos peixes apresentavam também material plástico, bem como de papelão. Quanto aos aspectos da higiene ambiental na feira livre de Messejana, os itens avaliados se apresentaram 100% inadequados com relação à legislação sanitária em vigor no país, constituindo, assim, um problema para a saúde pública.

No tocante à adequação das condições higiênicas de acondicionamento, exposição, conservação e tratamento dos peixes marinhos comercializados nas barracas/balcões, não havia entreposto que permitisse a conservação adequada e o controle da origem dos peixes marinhos, portanto, sua rastreabilidade. E, ainda, os veículos de transporte eram improvisados com cobertas de plástico para proteger as caixas de isopor, pois não existiam caixas isotérmicas limpas e em bom estado de conservação.

Embora os produtos não estivessem expostos ao chão, estavam em condições inapropriadas nas próprias bancas onde também se realizava o tratamento (descamação e evisceração). Não existia gelo triturado no acondicionamento dos peixes marinhos e as caixas de isopor eram depositadas embaixo ou ao lado dos balcões. Ademais, os resíduos eram lançados ao chão próximo às bancas. E, por fim, como constatamos, após a venda, os peixes marinhos eram embalados em sacos plásticos limpos e secos.

Comprovamos também descumprimento à Portaria nº 185-MAPA, de 13 de maio de 1997, que aprova o Regulamento Técnico de Identidade e Qualidade de Peixe Fresco (inteiro e eviscerado) no relacionado ao critério de acondicionamento do peixe, pois deveriam os feirantes empregar quantidade de gelo finamente triturado, suficiente para assegurar temperatura próxima ao ponto de fusão do gelo na parte mais interna do músculo, condição esta não cumprida pelos feirantes da feira livre, público-alvo da presente pesquisa.

Quanto às condições higiênico-sanitárias dos utensílios utilizados na mencionada feira de Messejana, mostraram-se inadequadas no momento da pesquisa. Não havia uma rotina para a limpeza dos balcões de comercialização, nem dos cepos onde os peixes marinhos eram tratados e aparados.

Os descamadores eram confeccionados de modo improvisado, mediante emprego de materiais inapropriados como madeiras, pregos e arames. Facas e facões tinham cabos de madeira e arame enrolado, e havia a presença de pedra para afiar as facas e os facões em precárias condições de uso.

No referente aos resultados obtidos quanto à adequação das condições de higiene e a saúde dos manipuladores, conforme constatado, os feirantes não possuíam o Cartão de Identificação, tam-

pouco a Carteira de Saúde. Além disso, inexistia um padrão de uniforme e de vestiário.

Aparentemente, eles denotavam boa saúde, mas não praticavam bons hábitos higiênico-sanitários, pois não lavavam as mãos com água corrente e de boa qualidade ao tratar os peixes marinhos, manipulavam dinheiro no pós-venda e ainda faziam pequenas refeições, bebiam e fumavam no local da comercialização. Não usavam equipamentos de proteção individual (EPI), mas tinham anéis nos dedos das mãos.

Na nossa pesquisa, verificamos também os resultados das temperaturas médias aferidas no centro geométrico das três amostras em doze bancas de peixes marinhos na feira livre de Messejana, os quais podem ser observadas na Tabela 1, a seguir:

Tabela 1 - Aferição da temperatura (em^o C) em valores médios nos balcões de venda N = 12 da Feira de Messejana, Fortaleza- CE, julho de 2006

Balcões	Média	Desvio Padrão	Máximo	Mínimo
1	24,75	3,70	28,8	20,4
2	23,30	0,20	23,5	23,1
3	23,43	0,55	23,8	22,8
4	23,47	0,91	24,5	22,8
5	21,93	1,53	23,6	20,6
6	24,50	1,39	25,4	22,9
7	21,37	3,91	17,6	25,4
8	18,33	2,20	20,6	16,2
9	18,93	3,38	21,8	15,2
10	23,73	0,60	24,3	23,1
11	23,93	1,17	25,2	22,9
12	25,85	0,49	26,2	25,5

Fonte: O autor.

Apresentamos na Tabela 2, a seguir, os resultados microbiológicos para Estafilococo coagulase positiva (UFC/g) e Samonella sp/25g nas 36 amostras de peixes marinhos obtidas na feira livre de Messejana-Fortaleza-CE

Tabela 2 - Resultados microbiológicos para Estafilococo coagulase positiva (UFC/g) e Samonella sp/25g nas 36 amostras de peixes marinhos obtidas na feira livre de Messejana-Fortaleza-CE

Análises	Estafilococos	Salmonella sp/g
Amostras	coagulase positiva	
	U FC/g	
1	Ausência	Ausência
2	Ausência	Ausência
3	Ausência	Ausência
4	Ausência	Ausência
5	1,7 X 10 ²	Ausência
6	Ausência	Ausência
7	Ausência	Ausência
8	Ausência	Ausência
9	Ausência	Ausência
10	Ausência	Ausência
11	Ausência	Ausência
12	Ausência	Ausência
13	Ausência	Ausência
14	Ausência	Ausência
15	Ausência	Ausência
16	Ausência	Ausência
17	3,6 X 10 ¹	Ausência
18	Ausência	Ausência
19	Ausência	Ausência
20	Ausência	Ausência
21	Ausência	Ausência
22	Ausência	Ausência
23	Ausência	Ausência
24	Ausência	Ausência
25	Ausência	Ausência
26	Ausência	Ausência
27	Ausência	Ausência

28	Ausência	Ausência
29	Ausência	Ausência
30	Ausência	Ausência
31	Ausência	Ausência
32	Ausência	Ausência
33	2,5 X 10 ²	Ausência
34	Ausência	Ausência
35	Ausência	Ausência
36	Ausência	Ausência
Valor Aceitável	10 ³	Ausência

Constatamos que, apenas 8,33% das amostras analisadas foram positivas para Estafilococo coagulase positiva (UFC/g), embora não tenham ultrapassado o limite de tolerância para amostra indicativa, da ordem de 10³ UFC/g. Assim, estão em conformidade com o estabelecido pela Resolução RDC nº 12-ANVISA/2001.

Já para as análises de Salmonella sp/(25g), bactéria considerada como outro importante indicador sanitário microbiológico, seus resultados foram todos negativos, isto é, em 100% das amostras.

Diante do exposto, as amostras dos peixes marinhos se apresentaram próprias para o consumo humano, mas não podemos descartar que representam risco moderado à saúde do consumidor.

CONCLUSÕES

A feira livre tradicional de Messejana, em Fortaleza-CE, é considerada um patrimônio cultural imaterial, e funciona como um verdadeiro polo de sociabilização, opção de lazer e fonte de renda para inúmeras famílias.

Além da avaliação da temperatura realizada na coleta para as análises microbiológicas dessas amostras, concluímos que as condições higiênico-sanitárias da feira livre de Messejana se encontravam

fora dos padrões sanitários em vigor no nosso país. Desse modo, expõe desnecessariamente os consumidores a riscos de contraírem doenças veiculadas por alimentos.

O funcionamento precário da feira livre de Messejana pôde ser comprovado pelas seguintes inconformidades: barracas e balcões fora dos requisitos mínimos exigidos nas normas sanitárias para a exposição e comercialização do peixe de origem marinha; falta de higiene ambiental, pois constatamos diversos tipos de resíduos sólidos expostos ao chão; inexistência de abastecimento público de água potável e de esgotamento adequado das águas servidas, além da presença de animais domésticos, como galináceos, insetos, dentre eles, moscas e mosquitos na área da feira livre.

Comprovamos, ainda, que as caixas de isopor eram inadequadas, por estarem envelhecidas, sujas e quebradas, sendo insuficientes o acondicionamento e a conservação do peixe marinho.

Ademais, a exposição dos peixes marinhos na referida feira livre se apresentava de maneira inadequada, pois estes não estavam em contato permanente com o gelo triturado, daí se encontrarem com temperaturas elevadas com relação à estabelecida pela legislação em vigor.

Quanto aos feirantes e auxiliares, não possuíam a documentação indispensável para a sua identificação e avaliação de sua condição de saúde (Cartão de Identificação e Carteira de Saúde atualizada). Eles também não realizavam asseio corporal, não praticavam hábitos de higiene e nem utilizavam uniforme padronizado.

Apesar de alguns valores resultarem positivos em níveis aceitáveis para o indicador sanitário microbiológico, o Estafilococo coagulase positiva, nas análises das amostras de peixes marinhos, não exclui a possibilidade da ocorrência do risco de toxinfecção com grau moderado.

Concluímos que a feira livre de Messejana se apresentava, à época da pesquisa, em condições precárias de funcionamento e que havia a necessidade urgente da intervenção do poder público municipal através de seus órgãos intersetoriais, para que promovam os devidos ajustes sanitários e, conseqüentemente, a segurança do consumidor.

BIBLIOGRAFIA

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. *Contagem de Staphylococcus aureus em placas*. Rio de Janeiro: ABNT, 1991(MB3464).

BRASIL. Decreto-Lei n. 986, de 12 de outubro, de 1969. Institui Normas Básicas sobre Alimento. *DOU*. Brasília, 1969.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 326*, de 30 de julho de 1997. Aprova o regulamento técnico sobre as condições higiênico-sanitárias de boas práticas de fabricação para estabelecimentos/industrializadores de alimentos. Brasília:MS,1997.

----- *Portaria n. 518*, de 25 de março de 2004. Estabelece os procedimentos e responsabilidades relativas ao controle e vigilância da qualidade para o consumo humano e seu padrão de potabilidade, e dá outras providências. Brasília: MS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC n. 274, de 22 de setembro de 2005. Aprova o regulamento técnico para águas envasadas e gelo. *DOU*. Brasília: MS, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC no. 12, de 22 de janeiro de 2001. Regulamento técnico sobre os padrões microbiológicos para alimentos. *DOU*. Brasília: MS, 2001.

BRASIL. Lei 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Poder legislativo. *DOU*, 12 de setembro, de 1990. Brasília.

----- . Lei n. 7.347, de 24 de julho de 1985. Disciplina a ação civil pública de responsabilidade por danos causado ao meio-ambiente, ao consumidor, a bens e direitos de valor artístico, estético, histórico, histórico e paisagístico (Vetado) e dá outras providências. *DOU*, 27 de julho de 1985. Brasília.

CEREDA, M.P.; SANCHES, L. *Manual de armazenamento e de embalagem de produtos agropecuários*. Botucatu-São Paulo: Fundação de Estudos e Pesquisas Agrícolas e Florestais (s/d.).

CUNHA, R. Segurança alimentar: um conceito em construção. Campinas, set. 2005. *Revista Eletrônica de Jornalismo Científico*. <https://www.comciencia.br/dossies-1-72/reportagens/2005/09/02.shtml>.

DIAS, H. P. *Direitos e obrigações em saúde*. Brasília: ANVISA, 2002.

FERNANDES, C. et al. Influence of processing schemes on indicative bacteria and quality of fresh aquaculture fillers. *J. Food Porto.*, v. 60, p. 54-58, 1995.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal. *Decreto n. 5.568*, de 08 de maio de 1980. Dispõe sobre as feiras livres e dá outras providências. Fortaleza: PMF, 1980.

FRAZIER, W. C.; WESTHOFF, D. C. Contaminación, conservación y alteración del pescado y otros alimentos marinos. In: ----- . *Microbiología de los alimentos*. Zaragoza, España: Acribia, 1993, p.325-340.

GERMANO, P.M.L.; GERMANO, M.I.S. *Higiene e vigilância sanitária de alimentos*. São Paulo: Livraria Varela, 2003.

GEROMEL, E.J.; FORSTER, R.J. *Princípios fundamentais em tecnologia de pescados*. Série Tecnologia Industrial. Governo do estado de São Paulo. Fundação Tropical de Pesquisa e Tecnologia. São Paulo, 1982.

HALASZ, A. et al. Biogenic amines and their production by microorganisms in food. *Trends in Food Science and Technology*. Oxford, v. 5, n.1, p.42-49, 1994.

Huss, H.H. Garantia da qualidade da pesca . FAO – Doc. Técnico sobre pescas , n. 334. Roma, Itália, FAO, 1997 1997.

ICMSF. International Commission on Microbiological Specifications for Foods, 1991.<https://www.icmsf.org/publications>

MONTAÑA, M.M. Segurança alimentar sustentável. Porto Alegre: FESANS, 2003.

MENEZES, F. *O conceito de segurança alimentar*. Rio de Janeiro: IBASE, 2001.

OGAWA, M.; LIMA, M.E. *Manual de pesca: ciência e tecnologia do pescado*. São Paulo: Livraria Varela, 1999.

SILVA JR., E.A da. *Manual de controle higiênico -sanitário em alimentos*. São Paulo: Livraria Varela, 1995.

STANSBY, M.E. *Industrial fishery technology*. London: AVI, 1968.

TADEU, A.F. *Infecção hospitalar da área de saúde*. Rio de Janeiro: Atheneu, 2001.

VICENTE, C. P. *Avaliação da qualidade do pescado fresco no comércio varejista no município de São Gonçalo, RJ*. Universidade Federal Fluminense (UFF). (Dissertação de Mestrado), 2005.

VIEIRA, R.H.S.F. et al. *Microbiologia, higiene e qualidade do pescado: teoria e prática*. São Paulo: Livraria Varela, 2004.

A ESTRATÉGIA ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES DA INFÂNCIA (AIDPI) NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA, NO MUNICÍPIO DE RUSSAS-CEARÁ-BRASIL: UMA AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO

Luiza de Marilac Barros Rocha³²

INTRODUÇÃO

A ideia moderna de políticas públicas saudáveis representa uma inovação conceitual, cuja complexidade e abrangência são essenciais para dar suporte às políticas governamentais necessárias para a saúde dos indivíduos, grupos e sociedade.

Nesse prisma, a Declaração de Alma-Ata introduz a discussão sobre a inter-relação entre doença, pobreza e desenvolvimento socioeconômico, na medida em que se contrapõe ao modelo hospitalocêntrico.

Igualmente, a reunião da cúpula mundial “Em Favor da Infância” ocorrida em Nova Iorque em 1999 reuniu 71 chefes de Estado que subscreveram a “Declaração Mundial sobre a Sobrevivência”, um marco em favor da sobrevivência infantil, baseada em quatro critérios, a saber: o desafio, reconhecendo da expressão de alegria até a dependência e vulnerabilidade inerente à criança; a oportunidade de garantir a sobrevivência e promover o desenvolvimento do

32 Luiza de Marilac Barros Rocha. Mestra em Planejamento e Políticas Públicas pela Universidade Estadual do Ceará, Especialista em Saúde Pública pela Universidade de Ribeirão Preto, Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Atuou na Secretaria da Saúde do Estado do Ceará.

melhor potencial humano da criança; a tarefa de melhorar as condições de saúde e nutrição, de garantir assistência especial aos deficientes e de proporcionar educação escolar básica indistintamente; e o compromisso de agir com prioridade absoluta para a criança, assumindo a implantação dos direitos da criança através de um plano de ação (UNICEF, 1991).

De fato, persiste uma situação mundial de abandono, negligência e violência aos direitos da criança. Mortes silenciosas e evitáveis estão acontecendo, quando medidas simples e exequíveis, a depender de decisão política, podem ser alcançadas, principalmente aquelas relativas à morbimortalidade materna e infantil (BENGUIGUI et al., 1997).

No intuito de reverter este quadro, foram desenvolvidas diversas estratégias, com peculiaridades e resultados singulares a depender da cultura, condição, decisão política e fazer técnico do povo que as adotou. No seu elenco destaca-se a estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI).

Originalmente, a estratégia AIDPI teve suas raízes em países africanos e asiáticos como Zâmbia, Madagascar, Uganda, Tanzânia, Indonésia, Nepal, Vietnã e Filipinas. Em 1996, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) iniciou sua implantação na América Latina. Para tal, incorporou a estratégia como política de saúde fundamental aos países em desenvolvimento, vislumbrando o alcance das metas acordadas na reunião da cúpula mundial Em Favor da Infância, convocando e promovendo a participação de organismos internacionais, agências de cooperação e organizações governamentais e não governamentais para contribuir na aceleração do processo de implantação da estratégia no continente americano. Menciona-se o Peru, como primeiro país sul-americano a adotar a estratégia AIDPI e realizar a capacitação dos profissionais de saúde (OPAS, 1998; FELISBERTO; CARVALHO; SAMICO, 2000).

No entendimento da Organização Mundial da Saúde (OMS), a estratégia AIDPI implica uma intervenção multiprofissional e intersectorial sobre os determinantes do processo saúde-doença, possibilitando à equipe sistematizar a avaliação, classificação e tratamento das principais doenças infantis. Desse modo, facilitou aos profissionais e serviços de saúde a detecção e a resolução dos problemas, pela ênfase dada à prevenção e à promoção da saúde infantil (OMS, 1997).

No Brasil, o Ministério da Saúde, para enfrentamento da questão, implanta programas específicos de assistência infantil, entre estes, as “Ações Básicas da Assistência Infantil à Saúde da Criança” em toda rede básica de serviços de saúde, promovendo a saúde da criança na sua integralidade, aumentando a cobertura dos serviços e qualidade dos mesmos, e o Programa de Atenção Integrada à Saúde da Criança (PAISC), que realizou capacitação nos cinco módulos de ações básicas de saúde principalmente para os municípios do Norte e Nordeste do país, onde o Ceará foi o primeiro estado a garantir o financiamento necessário para ampliar os multiplicadores na Capital e no Interior do Estado (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1985, 1994b).

Já a adoção da estratégia AIDPI, de fato, teve início em 1995 com a participação de técnicos no curso internacional de capacitação, e em 1996 o Ministério da Saúde convoca consultoria de Universidades, OPAS, OMS, Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), representantes dos secretários estaduais e municipais de saúde e da Sociedade Brasileira de Pediatria para a apresentação da estratégia e adaptação do material instrucional produzido pela OPAS/OMS às normas e diretrizes nacionais.

Desse modo, a estratégia adquiriu perspectiva singular ao propor a utilização de um protocolo clínico, destinado a avaliar os principais fatores que afetam o estado de saúde das crianças. Tudo isso, ao associar ações curativas com medidas de prevenção e promoção,

o qual seria manuseado por uma equipe multiprofissional, no nível primário de assistência, com a finalidade de reduzir as causas de mortes infantis evitáveis, integrando um protocolo de suporte às ações governamentais, voltadas para o indivíduo, o grupo e a sociedade (BENIGUI et al., 1997).

A AIDPI introduz um novo enfoque de abordagem à saúde da criança no primeiro nível de assistência. Aborda a criança como um todo, avalia os principais fatores que afetam sua saúde, detecta e trata qualquer sinal de perigo ou doenças específicas, por meio de ações curativas, em conjunto com medidas de prevenção e promoção da saúde. Enfatiza, assim, o conceito de integralidade, engloba os principais problemas de saúde, que afetam as crianças menores de cinco anos de idade, tais como: infecção respiratória aguda (IRA); diarreias, crescimento e desenvolvimento; imunização e outras infecções preveníveis ou tratáveis, mediante a aplicação de tecnologia apropriada e de baixo custo.

Conforme proposto pela OMS, os objetivos da AIDPI visam: reduzir a mortalidade pelas doenças prevalentes nas crianças menores de cinco anos; reduzir o número e a gravidade de casos de infecções respiratórias agudas, diarreia, desnutrição etc.; melhorar a qualidade da atenção no atendimento da criança nos serviços de saúde, diminuindo o uso inadequado de tecnologia, diagnóstico e tratamento; introduzir na rotina dos serviços de saúde o aspecto de promoção e prevenção da saúde infantil; expandir a atenção integrada ao nível comunitário (OMS, 1997).

A estratégia em referência contempla ações de manejo de casos (situações clínicas), imunização universal, aconselhamento nutricional, prevenção de outras doenças, promoção do crescimento e desenvolvimento infantil (OPAS,1996; OMS,1997).

É importante frisar: em conformidade com os referidos organismos, a AIDPI não tem como objetivo estabelecer diagnóstico específico de doenças, mas avaliar sinais clínicos positivos que evidenciem a necessidade de encaminhamento urgente para tratamento no nível primário ou em unidade de maior resolutividade.

Segundo a OPAS e a OMS, implantar a estratégia significa seguir alguns passos fundamentais, com a sucessão de atividades bem definidas, baseadas em uma sequência apropriada, com a finalidade de garantir a sua eficácia. Para tal, deve descrever as atividades e incluir a sequência em que elas devam ocorrer: análise da estratégia AIDPI e sua adaptação à realidade epidemiológica de cada país e às características e possibilidades para fazer frente aos principais problemas de saúde das crianças; elaboração de planos operacionais para implementar a estratégia, incluindo uma descrição das atividades a serem realizadas e os locais onde se realizarão; execução das atividades propostas no plano de trabalho, as quais devem, basicamente, incluir a capacitação do pessoal de saúde em aplicação da estratégia; previsão dos materiais necessários para sua aplicação; supervisão regular e contínua do pessoal; comunicação social e educação para a saúde para a população; e monitoramento e avaliação de atividades e resultados (OMS,1998).

No processo de implantação, além da capacitação de pessoal, a AIDPI prevê as visitas de segmentos, cuja finalidade é a observação do manejo de casos; a promoção da retroalimentação entre o profissional que atende a criança e o visitador de segmento; a avaliação da estrutura física e dos insumos disponíveis nos serviços de saúde; e entrevista com o profissional e com o usuário, no intuito de obter informações sobre a satisfação deles com relação à metodologia de abordagem.

Por apresentarem indicadores de mortalidade mais significativos no país, os Estados do Ceará, Sergipe, Pernambuco e Pará, fo-

ram os primeiros a serem trabalhados. Em 1997 foi introduzido em nível nacional o Curso de Formação de Facilitadores da estratégia AIDPI (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

Segundo Silva (1999), a Atenção à Saúde da Criança no Ceará teve início na década de 1980, quando o UNICEF propôs ao mundo uma mudança ética na condução das políticas de desenvolvimento nos países mais pobres, inaugurando experiências exitosas como o PAISC. Como mencionado, o Ceará foi o primeiro estado a garantir esta ação para os profissionais da Capital e do Interior; outra iniciativa foi o Programa Viva Criança, financiado pelo UNICEF, que a partir de 1987 buscou reverter um quadro de mortalidade infantil em torno de 72/1.000 nascidos vivos (óbitos pós-neonatal). Surgia a ideia de equipe multiprofissional com inclusão de enfermeiros, odontólogos e nutricionistas; e em 1988 os agentes comunitários de saúde (ACS), que contribuíram na redução da mortalidade infantil para 40/1.000 nascidos vivos por causas pós-neonatais, com medidas simples e de baixo custo operacional.

No município de Russas, interior do Ceará, a situação de saúde das crianças repetia o perfil epidemiológico do Estado. No final da década de 1980, a implantação do Programa Viva a Criança causou mudanças significativas nos indicadores, em virtude do aumento da cobertura vacinal, diminuição da mortalidade infantil, principalmente por diarreia, infecção respiratória aguda e desnutrição enquanto a estratégia AIDPI possibilitou a manutenção dos indicadores de saúde da criança; a redução da internação por causas evitáveis, no caso, as diarreias (20/1.000) e infecções respiratórias (18/1.000), nascidos vivos, gradativamente, ao longo dos anos.

A estratégia oferece um campo amplo para pesquisa, e sua abordagem metodológica proporciona aos pesquisadores subsídios de extrema importância para a retroalimentação dos processos de

implantação e implementação. A escolha do objeto da pesquisa que originou o presente capítulo relaciona-se à possibilidade de contribuir para o aperfeiçoamento profissional no sentido da melhoria da qualidade do atendimento dos serviços de saúde; assim como sua ampliação para as demais equipes do Programa Saúde da Família (PSF), como instrumento norteador da assistência à criança.

O objetivo geral da pesquisa foi avaliar o processo de implantação da estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância, nas equipes do Programa Saúde da Família, no município de Russas, Estado do Ceará, no período compreendido entre 2000 e 2004. Como objetivos específicos, destacam-se: a) Avaliar o perfil dos profissionais capacitados na estratégia AIDPI; b) Avaliar a estrutura das unidades de saúde do PSF para o desenvolvimento da estratégia; c) Avaliar os indicadores de saúde trabalhados dentro da estratégia, medindo o impacto no perfil de saúde do município de Russas.

O DESENHO METODOLÓGICO DA AVALIAÇÃO

O cenário da pesquisa

De acordo com dados do IBGE (2000), o município de Russas tinha, à época da pesquisa, uma população estimada de 61.677 habitantes, com densidade demográfica de 31,05 hab./ km² numa área de 1.614 km², ou seja, 1,02% da área geográfica do Estado do Ceará. Localiza-se na Mesorregião do Jaguaribe e Microrregião do Baixo Jaguaribe e está dividido, territorialmente, nos distritos de Bonhu, Flores, Lagoa Grande, Jardim de São José e São João de Deus, cujas economias dependem da cultura da banana, algodão, mandioca, milho e feijão; na pecuária, sobressai a criação de bovinos, suínos e aves, bem como a presença de minerais, 88 indústrias de cerâmica e uma fábrica de calçados.

Mencionado município está habilitado na Gestão Básica Municipal e é sede de polo de saúde. O modelo de saúde vigente está voltado para a família, eleita como unidade básica do atendimento, buscando organizar o sistema de saúde em todos os níveis de atenção, com a finalidade de oferecer à população um modelo de saúde que contribua com a qualidade de vida do povo.

Como parte do sistema de saúde municipal de Russas constam: dois hospitais; quinze equipes do PSF, representando 100% de cobertura, todas cadastradas e em funcionamento; o Programa Agente Comunitário de Saúde, que apresenta cobertura de 100%; o Conselho Municipal de Saúde (CMS) instituído pela Lei nº 410, de 29 de maio de 1992, reformulada em 18 de agosto de 2000, composto por dezesseis membros efetivos, com seus respectivos suplentes; e o Fundo Municipal de Saúde, instituído com a Lei nº 411, de 29 de maio de 1992, subordinado diretamente ao Secretário Municipal de Saúde, o qual estabelece políticas de aplicação de seus recursos, em conjunto com o CMS.

Quanto às equipes de PSF, são compostas por médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos em higiene dental, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e outros profissionais na rede: médicos plantonistas, gineco-obstetra, ultrassonografista, traumatologista, anestesista e tomografista; farmacêutico; bioquímico; laboratorista; fonoaudiólogo; psicólogo; fisioterapeuta; auxiliar administrativo; agente administrativo; auxiliar de serviços; vigilante e agentes de saúde pública, lotados em serviços municipais de Patologia Clínica, Radiologia, Ultrassonografia, Urgência/ Emergência, Fisioterapia e Tomografia.

Por ser a situação sanitária de saúde um dos fatores de maior relevância para a saúde de uma população, ela é reconhecida como

um indicador de qualidade de vida e deve ser analisada quando do planejamento das ações de saúde para a população.

Nesse sentido, a população do município de Russas apresentava um perfil peculiar, a saber: as famílias residiam, em sua maioria, em casa de tijolo (92,82%) e 94,66% dos domicílios possuíam energia elétrica; 57,40% das famílias eram abastecidas com água da rede pública, mas existiam também outros tipos de abastecimento; entre estes, 35,59% usavam água de poço ou nascente; o tratamento da água no domicílio era realizado, preferencialmente, pela filtração (74,10%), apesar de serem utilizados outros meios, como a cloração e a fervura, porém 13,90% das famílias não realizavam qualquer tratamento; o lixo, em sua maioria, era coletado pelo sistema público (56,19%), contudo, 7,61% ficavam a céu aberto; as fezes e urina dos domicílios eram depositadas, principalmente, em fossas (70,95%), no entanto, 12,28% da população depositavam esses dejetos a céu aberto, o que facilitava a contaminação da população por fezes humanas.

Classificando o estudo

Priorizou-se a perspectiva de estudo de natureza avaliativa e normativa, com base em Contandriopoulos et al. (1997), destacando a estrutura e o processo do modelo de atenção, para investigar o modo adequado de atingir os resultados esperados. Na estrutura, comparando os recursos para intervenção e organização com os respectivos, critérios e normas; no processo, tratou-se de saber em que medida os serviços estão adequados para atingir os resultados esperados, mediante comparação dos serviços oferecidos pelo programa ou pela intervenção com critérios e normas predeterminadas em função dos resultados visados. Os mesmos autores subdividem a avaliação de processo em três dimensões: a dimensão técnica, a

dimensão das relações interpessoais e a dimensão organizacional (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997, p. 35 - 36).

De acordo com Vuori (1988), citando Donabedian e Contandriopoulos et al. (1997, p. 36), a avaliação normativa integra a apreciação dos resultados, que consiste em perguntar se os resultados observados correspondem aos esperados, isto é, ao objetivo pretendido pela intervenção.

Para Contandriopoulos et al. (1994), as abordagens metodológicas promovem maior riqueza e consistência para o processo avaliativo quanto maior o leque que contemple diferentes formatos metodológicos tem se mostrado mais efetivo.

A pesquisa qualitativa viabiliza uma aproximação entre o pesquisador e a realidade pesquisada. Segundo Ludke e André (1986), por ter como características o ambiente natural como sua fonte direta de dados descritivos, o processo merece mais atenção que o produto; o foco central do pesquisador é o significado atribuído às coisas pelo informante; e a análise dos dados passa a ser um processo indutivo.

Consoante Merhy (1996, p. 13 - apud Queiroz, 1988), a pesquisa qualitativa, “pode ser considerada como um termo abrangente que se debruça sobre fatos sem registros por qualquer outro tipo de documento ou como documentação incompleta”. Segundo consideram Denis e Champagne (1997, p. 55 - 82),

[...] a análise de implantação visa, principalmente, identificar os procedimentos implicados na produção dos feitos de uma intervenção, apoiada nos determinantes contextuais, no grau de implantação das intervenções; das variações da implantação na sua eficácia, e da intervenção entre o contexto da implantação e a intervenção nos efeitos observados.

Na afirmação dos referidos autores o processo de implantação de uma intervenção deve, antes de tudo, ser abordado segundo uma perspectiva política. Ele sofre, todavia, as pressões de caráter estrutural, isto é, as características estruturais de uma organização que funciona em sinergia ou em antagonismo na atualização das estratégias dos autores.

Ainda para Contandriopoulos et al. (1997, p. 44), trata-se de um tipo de análise que pode ser feito no quadro de uma pesquisa avaliativa. Consistiria, por um lado, em medir a influência que pode ter a variação no grau de implantação de uma intervenção nos seus efeitos, e, por outro, em aparecer a influência do ambiente do contexto no qual a intervenção está implantada nos efeitos da intervenção.

As concepções apresentadas pelos autores buscam explicar os efeitos observados, esclarecer os passos seguidos durante a implantação da intervenção e avaliar processos e normas para implantação da estratégia, como instrumento de um modelo político.

Desse modo, para selecionar o município foram enviadas planilhas, via fax, a 21 Células Regionais de Saúde do Estado do Ceará, com informações necessárias para a realização da pesquisa. Por atender aos requisitos da pesquisa, o município de Russas foi escolhido.

O universo da pesquisa foi constituído por médicos e enfermeiros de quinze equipes do PSF capacitados na estratégia AIDPI, mediante uso do protocolo padronizado como norteador da assistência à criança e mães ou acompanhantes de crianças de dois meses a cinco anos de idade que tinham sido atendidas, segundo o protocolo AIDPI.

Como instrumentos de coleta de dados constaram questionários com perguntas fechadas e abertas, tendo como objetivo: a identificação do perfil dos profissionais; condições da estrutura para o desenvolvimento das ações; relatórios do sistema de informação do banco de dados do SIAB; roteiro de entrevistas e o instrumento

“Observação do Manejo de Casos de Crianças de 2 (dois) meses a 5 (cinco) anos”, do Ministério da Saúde. Realizou-se o trabalho de campo em três períodos: 1ª semana de junho, 2ª semana de agosto e 1ª semana de novembro de 2004, com base no cronograma de atendimento das unidades de saúde. As entrevistas foram consolidadas com apoio da Célula Regional de Saúde de Russas (CERES), materializado em pessoal técnico, roteiros, transporte e na transferência do banco de dados do SIAB (base municipal) para a CERES (Caucaia).

O processamento de dados e informações

Para avaliação do perfil dos profissionais foram utilizados os resultados das entrevistas; para avaliação da estrutura foram selecionadas as variáveis: medicamentos, vacinas, equipamentos e insumos básicos, a entrevista com a mãe ou acompanhante da criança e a observação do manejo de casos.

Para análise de implantação da estratégia, a abordagem foi qualitativa e estabeleceu a relação entre as informações coletadas e o referencial teórico. Os indicadores de saúde utilizados pela estratégia foram analisados a partir do relatório do banco de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

Tanto para a avaliação do processo de implantação quanto para a avaliação dos indicadores de saúde, foram aplicados os indicadores de processo normalizado pela própria estratégia AIDPI, empregando a média aritmética dos percentuais obtidos para cada indicador.

Instrumentos de avaliação do processo de implantação da estratégia AIDPI

Segundo Contandriopoulos, Champagne, Denis e Pneault (1997, p.36), é necessário a adoção de critérios preestabelecidos para análise dos resultados da implantação da estratégia AIDPI.

Nesse estudo, a autora estabeleceu como critérios para a avaliação do processo de implantação a sistematização do atendimento no manejo de casos de crianças de dois meses a cinco anos; uso de medicamentos padronizados pela estratégia e o relacionamento profissional versus mãe e/ ou acompanhante; o grau de satisfação da mãe e/ ou acompanhante, utilizando como critério para a avaliação do atendimento do profissional.

Pela normalização da estratégia AIDPI, as Unidades Básicas de Saúde precisam ter no mínimo em sua estrutura, na nossa opinião, geladeira, balança (pesa bebê e adulto), termômetro, vacinas para o primeiro ano de vida, medicamentos padronizados, cartões de vacina, prontuário familiar e protocolo da estratégia em quantidade e com qualidade suficiente para o funcionamento.

Foram realizadas três entrevistas com mães de crianças atendidas nas unidades de saúde; duas após o atendimento com o médico e uma com o enfermeiro. As mães entrevistadas consideraram-se satisfeitas e atribuíram o grau ótimo para o atendimento.

A avaliação da estrutura

Na avaliação da estrutura das unidades de saúde trabalhou-se com formulário apropriado para a verificação de insumos destas unidades, a partir do instrumento normalizado pelo Ministério da Saúde. Foram consideradas as seguintes variáveis: medicamentos padronizados pela estratégia; vacinas da rede básica para o primeiro ano de vida; equipamentos e insumos básicos para o desenvolvimento da estratégia.

De acordo com a avaliação efetuada, as Unidades Básicas de Saúde de Russas apresentam precárias condições de trabalho e os mobiliários são inadequados ao conforto dos profissionais e clientela.

Para a variável medicamentos, considerou-se a disponibilidade dos medicamentos essenciais padronizados na relação da estratégia

AIDPI, ou seja, antibióticos orais e injetáveis, antitérmicos, broncodilatadores, ferro, soro para reidratação oral e Mebendazol, presentes em todas as unidades de saúde.

Com relação à variável equipamentos, foi considerada a presença de balança de adulto, balança pesa bebê, termômetro e geladeira em pelo menos 80% das unidades de saúde; apenas na Unidade de Saúde de Lagoa Grande não existe geladeira para a guarda de vacinas, devido à oscilação de corrente. O elenco de vacinas para o primeiro ano de vida, qual seja, BCG, Hepatite B, Tríplice Viral e Anti-Pólio, estava presente em todas as unidades de saúde, exceto na UBS de Lagoa Grande. Quanto à variável, insumos básicos, foram utilizados o Cartão da Criança e o Prontuário Familiar, mas constatou-se a falta do protocolo de atendimento da AIDPI em todas as unidades visitadas.

A avaliação do processo

Para avaliação do processo trabalhou-se com os documentos [formulários] que tratam da observação do manejo de casos de crianças de dois meses a cinco anos, do Ministério da Saúde e as entrevistas com a mãe ou acompanhante, mediante roteiro elaborado para fins desta pesquisa, com base no instrumento do Ministério da Saúde.

Em apenas cinco unidades de saúde foi observado o manejo de casos de crianças de dois meses a cinco anos; em uma das unidades havia os dois profissionais, médico e enfermeiro, em outra unidade apenas o profissional médico e nas três unidades restantes o profissional enfermeiro.

Apenas um profissional enfermeiro utilizou o protocolo [documento]; os demais não o possuíam; apenas um dos médicos possuía, mas não o utilizou na hora do atendimento. Portanto cumpriram parcialmente o que é preconizado no protocolo.

Sobre o manejo de casos pelos dois profissionais médicos, observou-se que mesmo sem trabalhar com o protocolo, o atendimento segue a lógica do mesmo, ao utilizar as perguntas-chave, seguindo a conduta com relação ao diagnóstico e tratamento. Quanto às recomendações pertinentes a alimentação, os profissionais não desenvolveram habilidades para tal.

Ainda como evidenciado, o manejo dos quatro casos pelos enfermeiros também seguiu a lógica do protocolo. Foram feitas as recomendações necessárias e apenas uma criança foi encaminhada ao profissional médico por apresentar outros problemas.

O ponto comum entre os profissionais médicos e enfermeiros foi o bom relacionamento com a criança, a mãe e/ ou acompanhante.

No tocante aos critérios que se adotou para a análise do manejo de casos, constaram a sistematização do protocolo no atendimento, a prescrição de medicamentos padronizados e o relacionamento profissional, cliente e família.

Enquanto o primeiro critério foi parcialmente atendido pela categoria médica, os demais foram totalmente atendidos pelas duas categorias. Isto torna a implantação da estratégia AIDPI viável e aceitável. Entretanto, recomenda-se que a categoria médica enfatize as recomendações sobre a alimentação junto à mãe e/ ou acompanhante porquanto, como identificado mediante a autoavaliação junto aos mesmos, este profissional tinha dificuldades nesta abordagem, mas com a capacitação melhorou. Contudo, não foi demonstrado nas suas práticas.

SÍNTESE DOS RESULTADOS

O perfil dos profissionais, atendimento e opinião

Quanto ao tempo de graduação dos profissionais, conforme verificado, 33% da categoria médica ultrapassa trinta anos, e 58% têm

menos de um ano. Na categoria dos enfermeiros, 43% têm entre dez e doze anos, 29% são iniciantes e 14% têm acima de dezenove anos. Constatou-se, entretanto, que procuram inovações e aprimoramento do conhecimento relacionados ao serviço e ao atendimento. Passam por um processo de conscientização sobre a ação e reflexão num processo emancipatório (FREIRE, 1980).

Concernente ao nível de especialização dos profissionais ligados ao PSF, 50% dos médicos e 43% dos enfermeiros não são especialistas nessa área. Entretanto, 33% dos médicos e 14% dos enfermeiros são especialistas em saúde pública, 17% dos médicos e 14% dos enfermeiros possuem especialização em pediatria e 29% dos enfermeiros em outras áreas. Estes resultados apontam para a necessidade de se investir na pós-graduação em áreas que aprimorem o conhecimento adquirido com foco na viabilidade e aplicabilidade.

Com relação ao tempo de serviço dos profissionais do PSF, 33% dos médicos e 43% dos enfermeiros exercem seu trabalho há menos de um ano. Assim, a maioria de médicos e 29% dos enfermeiros iniciaram suas atividades profissionais neste mesmo serviço. No entanto, 17% dos médicos e 14% dos enfermeiros possuem entre oito e dez anos de serviço, o que contribui na estabilidade, continuidade de ações, aproximação com a clientela e conhecimento do perfil epidemiológico para a intervenção mediante planejamento.

Referente à estratégia AIDPI, a maioria dos médicos e enfermeiros encontra-se capacitada há menos de um ano, e um pequeno percentual foi capacitado há três anos, período no qual iniciou-se a estratégia no município de Russas. Observa-se que ocorreram alguns resultados positivos, como a redução da internação por causas evitáveis; redução da mortalidade infantil; redução da desnutrição e aumento do aleitamento materno.

Aplicação do protocolo proposto

No tocante ao protocolo proposto, 100% dos profissionais concordaram ser um instrumento de fácil aplicação; facilita o diagnóstico; é prático com relação ao preenchimento e pode ser utilizado em qualquer serviço como uma abordagem de tecnologia médica avançada, racional e objetiva. Consideram a abordagem como a mais apropriada e eficiente para enfrentar o problema nos países em desenvolvimento ou naqueles que apresentem estágio de organização da assistência à saúde semelhante aos encontrados no Brasil (CEARÁ.SESA/UFC. PROGRAMA VIVA A CRIANÇA,1987).

Melhoria dos indicadores de saúde da criança

Pelos relatos de 100% dos médicos e 86% dos enfermeiros, após a implantação da estratégia AIDPI no município de Russas, melhoraram os indicadores de saúde da criança. Sua eficiência foi constatada pelo resultado da análise dos indicadores de saúde contidos neste estudo.

As variáveis consideradas foram as causas mais comuns do atendimento, adequação do protocolo e redução das internações.

Segundo informações dos profissionais participantes do estudo, 70% a 100% dos casos podem e devem ser resolvidos na atenção primária de saúde. Esta afirmação é confirmada por meio do estudo de Starfield (1992), segundo o qual “80% dos casos têm resolução a nível primário”.

Quanto à internação infantil, conforme o total de médicos e 86% dos enfermeiros, ocorreu redução após a implantação do protocolo AIDPI.

Segundo os profissionais, a febre e as infecções respiratórias conduzem as crianças para o atendimento seguido. Conforme o relato dos enfermeiros, a desnutrição é a terceira causa destes atendimentos, afirmação confirmada através do banco de dados do SIAB.

De acordo com 67% dos médicos e 43% dos enfermeiros quando questionados sobre recidivas estas ocorrem devido à cultura da população em não seguir as condutas médicas, aos hábitos de vida, à ausência de esclarecimento e baixa escolaridade.

Opinião profissional sobre a eficiência do protocolo

Quanto à eficiência do protocolo, 100% dos profissionais admitem que é eficiente. Pela obtenção dos resultados da pesquisa com relação aos indicadores de saúde, houve concordância com Figueiredo ; Figueiredo (1986, n/p.) quando afirmam: “Do esforço empregado na implantação de uma dada política, advém o resultado alcançado”.

A prática de pesar as crianças que comparecem às Unidades Básicas de Saúde em quaisquer das faixas etárias, nos municípios do Ceará, foi implantada em 1987, com o Programa Viva a Criança. O peso associado à altura tem sido útil e prático em saúde pública, sobretudo por requerer material de baixo custo e técnica simples. O acompanhamento do peso é um instrumento de diagnóstico para estabelecimento de metas, avaliação e vigilância do estado nutricional das crianças (CEARÁ. SESA/UFC . PROGRAMA VIVA A CRIANÇA, 1987).

Entre os anos de 2000 e 2004, verificou-se a redução dos óbitos por diarreia e por infecção respiratória aguda nas crianças com menos de 28 dias de nascidas. O percentual de óbitos por problemas de saúde da infância, priorizados pela estratégia AIDPI, estava em torno de 20%, sendo a infecção respiratória responsável quase que totalmente por esse percentual. Com relação aos óbitos por outras causas, são atribuídas às causas perinatais, as quais não são trabalhadas pela estratégia. Sua redução requer melhoria da qualidade do atendimento pré-natal e organização dos serviços da atenção secundária.

No município de Russas, a morbimortalidade por infecção respiratória aguda requer um impulso na investigação para detectar esse agravo supostamente relacionado ao número de cerâmicas existentes.

Após a aplicação do protocolo, o percentual de óbitos em crianças menores de um ano de idade vem diminuindo ao longo do tempo. No ano 2000, aproximadamente, 20% desse total morriam antes de completar um ano, situação reduzida consideravelmente em 2004.

Ao se analisar as causas decorrentes dos óbitos, a diarreia vem decrescendo, e em 2004 praticamente não houve óbitos devido essa enfermidade. Os óbitos por IRA tiveram uma significância maior com relação à diarreia, na qual houve um aumento do número de óbitos a partir de 2003. Contudo, as reais causas dos óbitos se devem a outros fatores, e eles vêm oscilando ao longo dos anos, a demonstrar que os óbitos por outras causas não estão sendo informados devidamente.

No referente a alimentação, o aleitamento exclusivo é a forma preferencial para crianças de zero a quatro meses de idade, quando se compara com o aleitamento misto. É correto afirmar que à medida que o aleitamento exclusivo ganhou importância ao longo dos anos avaliados, o aleitamento misto decresceu. De modo geral, os resultados da pesquisa comprovam uma maior conscientização por parte da mãe e da família, no tangente às práticas alimentares de crianças com menos de um ano de vida, atividades preconizadas pela AIDPI. Com o maior percentual de crianças alimentando-se apenas com leite materno, concomitantemente, elas irão mostrar índices de infecção e de morte bem menores. Amamentar significa ter maior chance de sobreviver. Sem dúvida, o leite materno é a alimentação adequada ao recém-nascido e lactente, preferencialmente, de uso exclusivo até o sexto mês de vida.

Sobre as vacinas, as faixas etárias de crianças com menos de um e dois anos, respectivamente, mostraram índices acima de 95% de

crianças vacinadas, antes e após o AIDPI, percentual esse preconizado pelo Ministério da Saúde.

As vacinas constituem-se em um dos principais mecanismos de controle das doenças transmissíveis. São agentes de imunização ativos utilizados para proteção específica e duradoura contra determinadas doenças (BRASIL.MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1984). Conforme evidenciado, os índices de desnutrição em crianças com menos de um e dois anos de idade decresceu ao longo dos anos avaliados, à exceção de 2004, quando houve um aumento em crianças com menos de um ano de idade. No âmbito geral, os índices de desnutrição em crianças com menos de dois anos de vida são bem maiores quando comparados com a outra faixa etária. Isso porque crianças com menos de um ano são alimentadas quase que na sua totalidade com o leite materno, diminuindo os riscos de desnutrição. Tal afirmação, porém, pode não ser válida para outro grupo avaliado. Percebe-se também que, a partir de 2001, a margem de desnutrição entre as crianças das respectivas faixas etárias vem diminuindo. O risco nutricional relaciona-se diretamente com o aumento do tamanho da família e com a diminuição da renda familiar, comprovado por pesquisa (SHRIMPSON, 1986).

Tanto a desnutrição quanto a subnutrição, características do estado de pobreza da população, comprometem não só o desenvolvimento físico e psíquico porquanto também são apontadas como causas de mortalidade no primeiro ano de vida.

Observou-se que em 2001 houve uma redução no percentual de crianças com menos de dois anos de idade que foram acometidas com diarreia e IRA. Contudo, ao longo dos anos posteriores, ocorreram oscilações e não se constatou uma linearidade positiva ou negativa. A redução da incidência da doença diarreica tem sido uma das metas mais ambiciosas em saúde pública por se apresentar entre

as principais causas de morbidade e mortalidade infantil. Os fatores relacionados a esse agravo são inúmeros e complexos, necessitando de ações intersetoriais e decisão política.

Cabe ressaltar: os casos mais comuns de procura e atendimento no PSF estão relacionados a IRA. As IRAs compreendem um conjunto de doenças variáveis de um simples resfriado às pneumonias, sendo estas a segunda causa de mortalidade infantil no Ceará (CE-ARÁ. SESA/ UFC. PROGRAMA VIVA A CRIANÇA, 1987). Na opinião dos profissionais, de 70% a 100% destes casos são resolvidos em nível ambulatorial. Aproximadamente, 8% das crianças com menos de cinco anos de idade eram hospitalizadas devido a quadros de pneumonia ou desidratação. Com a instalação do protocolo AIDPI, houve uma redução significativa quanto às hospitalizações por esses agravos, o que não foi constatado em 2004. Nesse caso, é preciso fazer um levantamento dos possíveis fatores decorrentes dessa situação, haja vista que os valores encontrados para essas doenças foram semelhantes aos averiguados em 2000, a sugerir uma análise sucinta dos possíveis fatores determinantes dos referidos agravos.

Equipamentos disponíveis para desenvolver a estratégia AIDPI no PSF no município de Russas

De acordo com o estudo e conforme evidenciado, as unidades de saúde dispunham de 80% dos equipamentos necessários para desenvolver as atividades da AIDPI. O arsenal de equipamentos para o desenvolvimento da estratégia é de baixo custo e consta na relação de equipamentos indispensáveis para implantação de equipes de PSF.

No município em tela, todas as unidades de saúde utilizam a “Ficha 100” como prontuário familiar. Aliado a isso, conforme comprovado, há uma cobertura máxima no que diz respeito à in-

corporação dos medicamentos utilizados na estratégia AIDPI. O prontuário familiar compõe-se de diversas fichas padronizadas para o atendimento específico do agravo e de cada membro da família. Um instrumento de avaliação deveria constar no prontuário familiar como forma de acompanhar a criança até os cinco anos de vida.

Os medicamentos padronizados pela estratégia AIDPI fazem parte da Programação Pactuada e Integrada da Assistência Farmacêutica, cuja aquisição se dá através das três esferas de governo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

Conclui-se, com base nos resultados encontrados, que os instrumentos utilizados para o estudo subsidiaram a avaliação do processo de implantação da estratégia AIDPI.

Verificou-se que as variáveis selecionadas como critérios permitiram identificar a viabilidade de implantação da estratégia; destaca-se que as estruturas das Unidades de Saúde encontram-se adequadas para o desenvolvimento da estratégia; identificamos que o perfil dos profissionais com relação à capacitação encontra-se a contento, pois atende aos objetivos da AIDPI; constatou-se que os indicadores de saúde da criança impactaram, positivamente, com relação à mortalidade infantil e na redução da internação por causas evitáveis; ressalta-se a aceitação dos profissionais quanto à utilização do protocolo e a satisfação da mãe e/ou acompanhante, no tocante ao atendimento; salientamos a importância do estudo, por ter oportunizado a análise de implantação de programas, no contexto de políticas públicas. Admite-se que os resultados deste estudo poderão contribuir no fortalecimento da estratégia AIDPI no município onde se realizou a pesquisa que dá suporte a este capítulo.

Diante dos resultados obtidos como determinantes no fortalecimento da estratégia no município de Russas, recomenda-se o seguinte: disseminar o conhecimento e a capacitação da estratégia AIDPI junto aos polos de educação permanente, universidades e profissionais de saúde; promover maior integração do processo de implantação da estratégia AIDPI com o PSF, na busca de uma melhor organização dos serviços; elaborar outros protocolos necessários ao atendimento com vistas à melhoria da qualidade da assistência; revisar e definir as competências e/ ou limites do atendimento dos profissionais que utilizam o protocolo; disponibilizar impressos dos protocolos e determinar que estes façam parte do prontuário familiar; criar um banco estadual de recursos humanos capacitados em todas as áreas, visando a otimização dos recursos, aproveitamento do profissional nos municípios; viabilizar políticas de fixação de recursos humanos, reduzindo a rotatividade dos profissionais; implantar o prontuário familiar (padronizado) em todas as unidades de saúde; criar condições de trabalho digno para os profissionais da saúde; recuperar e/ ou construir Unidades Básicas de Saúde; equipar todas as unidades de saúde. Com estas recomendações, espera-se contribuir para melhorar a assistência prestada à criança e garantir-lhe seus direitos mediante um plano de ação eficiente.

BIBLIOGRAFIA

BELLONI, I.; MAGALHÃES, H. de; SOUSA, L. C. *Metodologia de avaliação em políticas públicas: uma experiência em educação profissional*. São Paulo: Cortez, 2007.

BENIGUI, Y.; LAND, S.; PAGANINI, J. M. ; YUNES, J. (Orgs.). *Ações de saúde materno-infantil a nível local: segundo as metas da cúpula mundial em favor da infância*. Washington, DC: OPAS, 1997.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1998.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Assistência Integral à Saúde da Criança*. Brasília, 1984.

.....*Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança*. Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento. Brasília, 1985.

..... *Norma Operacional Básica*. NOB/SUS/ 1991.

..... *Norma Operacional Básica*. NOB/SUS/1993.

..... *Norma Operacional Básica*. NOB/SUS/1996.

..... *Programa Saúde da Família: saúde dentro de casa*. Brasília, 1994a.

.....*Roteiro de Avaliação dos Programas PAISM/PAISC/PROSAD*. Brasília, 1994b.

.....*Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília, 1997.

..... *O Brasil e a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância*. Brasília, 1998.

..... *Manual de Acompanhamento e Avaliação da AIDPI: Módulo 9*. Brasília, 2000.

..... *Norma Operacional de Assistência à Saúde*. NOAS/2001.

..... *Norma Operacional de Assistência à Saúde*. NOAS /2002.

CAMPOS, E. F. et al. Planejamento e Gestão em Saúde. *Cadernos de Saúde*, n.1. Belo Horizonte: Coopmed, 1998.

CEARÁ. SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ. *Programação Pactuada Integrada*, 2000.

..... *Diarréia aguda*. Boletim Informativo. Fortaleza, 1987.

..... *Recuperação nutricional*. Boletim Informativo. Fortaleza, 1987.

..... *Saúde da Família: um novo modelo de atenção*. Fortaleza, 1998.

..... *Infecções Respiratórias Agudas*. Fortaleza, 1987.

..... *Orientações para desmame*. Boletim Informativo. Fortaleza, 1987.

..... *Programa “Viva a Criança”*. Fortaleza, 1987.

COHEN, E.; FRANCO, R. *Avaliação de Projetos Sociais*. Petrópolis/Rio de Janeiro: Vozes, 1993.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. ; CHAMPAGNE, F. ; POTVIN, L. ; DENIS, J. L. ; BOYLE, P. *Saber preparar uma pesquisa*. Rio de Janeiro/São Paulo: ABRASCO/HUCITEC, 1994.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. L.; PNEAULT, R. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z.M.A (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ ABRASCO, 1997.

DENIS, J. L. ; CHAMPAGNE, F. Análise de implantação. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ ABRASCO, 1997.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine*, 114, p.1115-1118, 1990.

FELISBERTO, E.; CARVALHO, E. F. ; SAMICO, I. Estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância: considerações sobre o processo de implantação. *Revista do IMIP*, p.14:24 – 31, 2000.

FIGUEIREDO, M. F.; FIGUEIREDO, A.M.C. *Avaliação política e avaliação de políticas: um quadro de referência teórica*. São Paulo: IDESP,1986.

FREIRE, P. *Conscientização: teoria e prática da libertação, uma introdução no pensamento de Paulo Freire*. São Paulo: Cortez & Moraes, 1980.

GOYA, N. *O SUS funciona em municípios do Ceará*. Fortaleza: AMECE, 1996.

HARTZ, Z. M. A. (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ABRASCO,1997.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU, 1986.

LUZ, M. T. Notas sobre políticas de saúde no Brasil na transição democrática nos anos 80. *Physis. Revista de Saúde Coletiva*, v. 1, n. 1, s/p., 1991.

MERHY, J. C. S. B. *Metodologia científica*. São Paulo: Ática, 1996.

MELO, G. C. *Saúde e Assistência Médica no Brasil*. São Paulo: CEBES/HUCITEC, 1997.

MENDES, E. V. *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1995.

----- . *A organização da saúde no nível local*. São Paulo: HUCITEC, 1998.

OLIVEIRA, F. M. *O Programa Saúde da Família no Ceará*. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora Ltda., 1998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *AIDPI – Seguimento após capacitação – manual do participante: versão preliminar*. Washington, DC: OMS, 1997.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Condições de eficiência dos serviços de atenção materno-infantil*. Brasília: OPAS, 1987.

----- . *Condições de eficiência dos serviços de atenção materno-infantil*. Washington, DC: OPAS, 1997 (mimeo).

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *La Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) en países de América Latina. Informe de la Reunión de evaluación y planificación del proyecto USAID/LAC-OPS-BASICS*. Quito: OPAS, 1998.

SÃO PAULO. *Secretaria Municipal da Saúde*, 1992.

SILVA, A. C. *Viva a Criança: os caminhos da sobrevivência infantil no Ceará*. Fortaleza: Fundação Demócrito Rocha, 1999.

SILVA, L.M.V. *A política de saúde em tempos de reforma: a operacionalização do SUS no governo Fernando Henrique Cardoso 1995/1996*. Dissertação de mestrado – Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Pernambuco, 1999.

SHRIMPTON, R. *Ecologia da desnutrição na infância: análise da evidência das relações entre variáveis socioeconômicas e estado nutricional*. Projeto de Cooperação Técnica Internacional, CMRH/IPEA E UNICEF. Brasília, v.3, p.82, 1986.

STARFIELD, B. *Primary care – concepts, evolution and policy*. New York: Oxford University Press, 1992.

SUBIRATS, J. Evaluación de políticas de intervención social: un enfoque pluralista. In: *Intercambio social y desarrollo del bienestar*. Madrid: Consejo Superior de Investigación Científica, 1993.

SULBRANT, J. Avaliação dos programas sociais: uma perspectiva crítica dos modelos atuais. In: KLIKSBERG, B. (Org.). *Pobreza: uma questão inadiável*. Brasília: ENAP, 1994.

UNICEF. FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. Declaração mundial sobre a sobrevivência, a proteção e o desenvolvimento da criança. Brasília, 1991.

VUORI, H. *A qualidade da saúde*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/ FIOCRUZ, 1988.