

TEMPUS

ACTAS DE SAÚDE COLETIVA

VOL 15
N° 03

**DOENÇA FALCIFORME:
EXPERIÊNCIAS DE
ACESSO, PERMANÊNCIA
E PERDA DO TRABALHO
POR PESSOAS COM
HEMOGLOBINA SS E SS**

**PRÁTICAS INTEGRATIVAS
E COMPLEMENTARES
(PICS) NA PREVENÇÃO E
TRATAMENTO DAS
ARBOVIROSES DENGUE,
ZIKA E CHIKUNGUNYA
PARA A EDUCAÇÃO
POPULAR E PROMOÇÃO
DA SAÚDE**

**REFLEXÕES DOS
AGENTES DE COMBATE
AS ENDEMIAS SOBRE A
FORMAÇÃO EM
ABORDAGEM ECO-BIO-
SOCIAL: INOVAÇÃO NA
PRÁTICA DE CONTROLE
VETORIAL**

Editorial

A Saúde Coletiva em Tempos de Desafios Sanitários:
conexão entre conhecimento e prática.

Carla Targino da Silva Bruno

Cada vez mais precisamos avançar para um olhar integrado sobre os fenômenos que impactam a saúde coletiva no Brasil e no mundo para compreensão dos desafios da saúde pública e da complexidade dos determinantes sociais e ambientais da saúde. Nesta perspectiva, a revista *Tempus – Actas de Saúde Coletiva* se configura como um espaço essencial para a disseminação de reflexões, práticas inovadoras e análises críticas que buscam entender e transformar a realidade.

No presente fascículo, a *Tempus* reflete a pluralidade e a profundidade das questões que atravessam o campo da saúde coletiva no Brasil, com ênfase em temas que cruzam saúde, sociedade, ciência e políticas públicas. A epidemia de arboviroses, com destaque para a Dengue, a Zika e a Chikungunya, é um dos principais fios condutores dos artigos apresentados. Esses manuscritos descrevem o impacto direto das doenças nas populações, bem como exploram as diversas abordagens e estratégias utilizadas pelas comunidades e pelos profissionais de saúde no enfrentamento das epidemias.

Inicialmente destacamos o estudo sobre a cobertura jornalística da epidemia de Zika no Tocantins entre 2015 e 2018. O artigo “Deu Zika no Toca: Como o jornal de maior circulação do estado do Tocantins veiculou as notícias sobre a epidemia nos anos de 2015 a 2018” analisa como a mídia local se posicionou diante de um evento de saúde pública de grande impacto, investigando a responsabilidade social da comunicação e os desafios de uma narrativa que nem sempre consegue abranger toda a complexidade do fenômeno.

No que se refere às práticas inovadoras, o estudo “Reflexões dos Agentes de Combate às Endemias sobre a Formação em Abordagem Eco-Bio-Social: Inovação na Prática de Controle Vetorial” apresenta uma visão crítica sobre a formação desses profissionais essenciais no enfrentamento das arboviroses. Apresenta uma reflexão sobre modelos tradicionais de intervenção e propõe uma abordagem integrada, considerando aspectos ecológicos, biológicos e sociais. O artigo propõe alternativas para aprimorar a atuação dos agentes de combate às endemias, ressaltando que a inovação no controle vetorial está além do uso de inseticidas.

A promoção da saúde por meio das mídias digitais é outro tema relevante abordado neste fascículo. O artigo “Promoção do mosquito ou promoção da saúde? Uma análise das postagens do Facebook do Ministério da Saúde do Brasil” nos leva a refletir sobre as estratégias de comunicação adotadas pelo governo federal no enfrentamento das arboviroses, discutindo sua eficácia e a ética das campanhas em redes sociais. O estudo das postagens revela, além das intenções da gestão pública, as reações e interações do público, descrevendo um cenário da comunicação em saúde no contexto digital.

O presente fascículo traz também uma importante discussão sobre a integração das práticas tradicionais e científicas no combate às arboviroses. O artigo “Práticas Integrativas e Complementares (PICs) na prevenção e tratamento das arboviroses Dengue, Zika e Chikungunya para a educação popular e promoção da saúde” reflete sobre como o uso de abordagens alternativas pode ser um aliado na promoção da saúde, principalmente em comunidades que enfrentam dificuldades de acesso ao sistema de saúde convencional. A valorização das sabedorias locais é uma estratégia que dialoga com o conceito de saúde integral e com a pluralidade de uma população.

Além disso, a revista traz também estudos que exploram contextos importantes como a Doença Falciforme, com ênfase nas experiências de acesso e permanência no trabalho para pessoas com hemoglobina SS e SC, e o estudo do perfil epidemiológico da mortalidade materna no Ceará, que nos leva a refletir sobre os avanços e desafios no cuidado à saúde da mulher. O artigo “Vulnerabilidade de mulheres lésbicas às infecções sexualmente transmissíveis” toma destaque, discutindo as desigualdades e invisibilidades enfrentadas por essa população, denunciando a necessidade de uma resposta de saúde pública mais inclusiva e sensível às especificidades de gênero e orientação sexual.

O estudo sobre a “deficiência auditiva relacionada à infecção gestacional pelo Zika vírus” e a experiência da “vigilância participativa na escola para o controle de arboviroses” completam o fascículo com abordagens que enfatizam a importância da participação social e do acompanhamento contínuo das condições de saúde nas comunidades.

Este número da Revista Tempus – Actas de Saúde Coletiva é um convite à reflexão crítica sobre a construção da saúde coletiva para dar respostas mais eficazes, éticas e integradas aos desafios sanitários contemporâneos. A diversidade de abordagens e temas apresentados demonstra que a saúde coletiva não é apenas uma questão técnica ou científica, mas também política, social e cultural. Ela exige um esforço conjunto entre profissionais, gestores, comunicadores e, sobretudo, a população.

Almejamos que os artigos aqui apresentados motivem novas discussões e iniciativas que promovam uma saúde coletiva mais inclusiva, solidária e capaz de enfrentar os complexos desafios sanitários da sociedade contemporânea.

© 2024 Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP)

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

REVISTA TEMPUS ACTAS DE SAÚDE COLETIVA

Coordenação Editorial

Ana Valéria M. Mendonça
Elmira L. M. S. Simeão
Maria Fátima de Sousa
José da Paz Oliveira Alvarenga

Coordenação Institucional

Laboratório ECoS

Unidade de Tecnologia da Informação e
Comunicação em Saúde do Núcleo de Estudos em Saúde
Pública – UTICS/NESP/UnB

Equipe Técnica de TI

Rogério Pritke
João Paulo Fernandes da Silva

Revisão de Citações e Referências

Carla Targino da Silva Bruno

Revisão

Carla Targino da Silva Bruno
Luana Dias da Costa

Diagramação e Publicação

Elmira L. M. S. Simeão
Mônica Peres

Editores Científicos

Carla Targino da Silva Bruno

Editores Consultivos

Elmira L. M. S. Simeão
Mônica Peres

Para mais informações sobre a Revista Tempus Actas em Saúde Coletiva:

Unidade de Tecnologia da Informação e Comunicação em Saúde do Núcleo de Estudos em Saúde Pública
SCLN 406 Bloco A, 2º andar, Asa Norte, Brasília (DF), Brasil

CEP 70847-510

Tel.: (55++61) 3340-6863

Fax: (55++61) 3349-9884

E-mail: uticsnesp@unb.br

Ficha Catalográfica - Mônica R. Peres - CBR 1339

Tempus. Actas de Saúde Coletiva / Coordenadores Ana Valéria M. Mendonça, Elmira L. M. S. Simeão,
Maria Fátima de Sousa, José da Paz Oliveira Alvarenga - v. 15, n.03. - Brasília : Editora Ecos, 2022. /
Organizadores / Carla Targino da Silva Bruno.

Trimestral

Obra publicada em 2024 para atualização da coleção

ISSN 1982-8829

1. Saúde pública 2. Agentes Comunitários de Saúde - Periódicos. I. Brasil. Núcleo de Estudos
em Saúde Pública. ECoS

CDU 614(051)(817.4)



CONSELHO EDITORIAL

Coordenação Editorial

Ana Valéria Machado Mendonça, Editora Executiva - Universidade de Brasília, Brasil
Elmira Luzia Melo Soares Simeão - Universidade de Brasília, Brasil
Maria Fátima de Sousa - Universidade de Brasília, Brasil

Editores Científicos

Ana Valéria Machado Mendonça - Universidade de Brasília, Brasil
Cláudio Fortes Garcia Lorenzo - Universidade de Brasília, Brasil
Maria Fátima de Sousa - Universidade de Brasília, Brasil

Conselho Consultivo

Jairnilson Silva Paim, Instituto de Saúde Coletiva - Universidade Federal da Bahia (UFBA)
Magda Duarte dos Anjos Scherer - Universidade de Brasília (UnB)
Maria Cecília Minayo - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro

Comissão Científica - Editores Associados

Andreia de Oliveira - Universidade de Brasília (UnB)
Aurora Cuevas Cerveró - Universidade Complutense de Madrid (UCM)
Carmen Fontes de Souza Teixeira - Instituto de Saúde Coletiva (UFBA)
Fernando Passos Cupertino de Barros - Universidade Federal de Goiás (UFG)
José da Paz Oliveira Alvarenga - Universidade Federal da Paraíba (UFPB)
Josivania Silva Farias - Universidade de Brasília (UnB)
Lise Renaud - *Faculté de Communication* - Université du Québec à Montréal (Canadá)
Maria Célia Delduque - Fundação Oswaldo Cruz Brasília
Maria da Glória Lima - Universidade de Brasília (UnB)
Maria Isabel Loureiro - Escola Nacional de Saúde Pública - Lisboa/Portugal
Rackynelly Alves Sarmento - Instituto Federal da Paraíba (IFPB)
Tiago Araújo Coelho de Souza - Universidade de Brasília (UnB)
Ximena Pamela Diaz Bermudez - Universidade de Brasília (UnB)

SUMÁRIO

EDITORIAL

Editorial **p.4-5**

ARTIGOS ORIGINAIS

Deu Zika no Toca: Como o jornal de maior circulação do estado do Tocantins veiculou as notícias sobre a epidemia nos anos de 2015 a 2018. **p.6-25**

Rede de Atenção à Saúde Bucal do SUS: a compreensão de profissionais e usuários sobre sua organização **p.26-45**

Reflexões dos Agentes de Combate as Endemias Sobre a Formação em Abordagem Eco-Bio-Social: Inovação na Prática de Controle Vetorial **p.46-59**

Perfil epidemiológico da mortalidade materna no Ceará, Brasil: análise de 2012 a 2017 **p.60-75**

Promoção do mosquito ou promoção da saúde? Uma análise das postagens do Facebook do Ministério da Saúde do Brasil **p.76-86**

Práticas Integrativas e Complementares (PICs) na prevenção e tratamento das arboviroses dengue, zika e chikungunya para a educação popular e promoção da saúde **p.87-100**

Os Dentistas e suas Trajetórias no Campo Burocrático Estadual **p.101-121**

Doença falciforme: experiências de acesso, permanência e perda do trabalho por pessoas com hemoglobina SS e SS **p.122-139**

ARTIGOS DE REVISÃO

Deficiência Auditiva Relacionada a Infecção Gestacional pelo Zika Vírus: Revisão Integrativa **p. 140-156**

Vulnerabilidade de mulheres lésbicas às infecções sexualmente transmissíveis **p. 157-170**

Chikungunya: Estratégias de Combate do Norte ao Sul do Brasil **p.171-187**

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Vigilância participativa na escola para o controle de arboviroses: um relato de experiência **p.188-201**

Deu Zika no Toca: Como o jornal de maior circulação do estado do Tocantins veiculou as notícias sobre a epidemia nos anos de 2015 a 2018.

Mariella Silva de Oliveira-Costa,

Mariane Sanches Leonel

Resumo: O estudo analisa o panorama dos textos jornalísticos veiculados acerca da epidemia de zika no jornal de maior circulação do estado do Tocantins, no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2018. Foi realizada uma análise de conteúdo quali-quantitativa e encontrados 44 textos sobre a temática. Identificou-se que a maior quantidade de informações do jornal se refere à prevenção da doença e divulgação do número de casos no estado e no Brasil, a relação do vírus zika com a microcefalia em bebês também foi tema central da cobertura. Identificou-se, ainda, uma culpabilização da sociedade pela epidemia de zika e pouca oportunidade de fala da população no jornal. A forma como uma notícia é veiculada produz significados distintos nos leitores, da mobilização popular ao esclarecimento quanto à disseminação de medo e preocupação. Por esse motivo, é importante que a abordagem jornalística traduza os dados epidemiológicos de forma fidedigna e com qualidade para a população.

Palavras-chave: Comunicação em Saúde, Zika Vírus, Jornalismo, Saúde pública.

Zika Virus: As the newspaper of greater circulation of the state of Tocantins transmitted the news on the epidemic in the years of 2015 to 2018.

Abstract: The epidemic situation of the Zika virus in 2015 has created a scenario of uncertainties about the disease, in this sense the media have an important role in the dissemination of reliable news. In this sense, the present study aims to analyze the panorama of the journalistic texts about the Zika epidemic in the newspaper of greatest circulation in the state of Tocantins from January 2015 to December 2018. A documental analysis of the qualitative approach was carried out, following the methodological reference of the content analysis. A major concern of the newspaper was identified with disease prevention and disclosure of the case number in the state and in Brazil. The relationship of the Zika virus with microcephaly in infants was also the central theme of the reports. It is understood that the form with the news is conveyed, produces distinct meanings in the readers that can produce a popular mobilization and the clarification of the people, or the spread of fear and constant concern. For this reason, it is important that the journalistic approach translates epidemiological data reliably and with quality for the population.

Key Word: Health Communication, Journalism, Zika Virus, Public health.

Zika Virus: Como el periódico de mayor circulación en el estado de Tocantins publicó noticias sobre la epidemia en los años 2015 a 2018.

Resumen: El estudio analiza el panorama de los textos periodísticos publicados sobre la epidemia de Zika en el periódico de mayor circulación en el estado de Tocantins desde enero de 2015 hasta diciembre de 2018. Se realizó un análisis de contenido cualitativo y se encontraron 44 textos sobre el tema. Se identificó que la mayor cantidad de información en el diario se refiere a la prevención de enfermedades y la difusión del número de casos en el estado y en Brasil, la relación del virus Zika con microcefalia en bebés también fue un tema central tratado. También se identificó la culpa de la sociedad por la epidemia de Zika y las pocas oportunidades para que la población hable en el periódico. La forma en que se transmite la noticia produce diferentes significados para los lectores, desde la movilización y aclaración popular hasta la propagación del miedo y la preocupación. Por ello, es importante que el enfoque periodístico traduzca los datos epidemiológicos de manera confiable y con calidad para la población.

Palabras clave: comunicación sanitaria, virus Zika, periodismo, salud pública

Introdução

Os arbovírus são considerados fenômenos naturais de evolução e adaptação de espécies. Chegaram ao Brasil através de doenças caracterizadas como persistentes, a exemplo da febre amarela ou reemergentes, como a dengue, reintroduzida no país no início da década de 1980. Anos depois, outras doenças consideradas emergentes também se tornaram um problema de saúde pública por sua aparição no país, mais especialmente nas regiões Norte e Nordeste, são elas a febre chikungunya e o vírus zika.

A situação epidêmica do vírus zika, em 2015, instaurou um cenário de incertezas a respeito do agravo. O zika é um arbovírus que tem especificidades em relação aos outros por influenciar diretamente o desenvolvimento da microcefalia. Os efeitos do zika perpetuarão por gerações, o poder público, os profissionais de saúde e a população afetada terão que lidar com o problema e se prepararem para os desafios que se colocam.

No início da epidemia no Brasil, ocorreram rumores sobre a transmissão da doença e suas consequências, gerando um estado de insegurança. Por isso, a disseminação de informações confiáveis tornou-se fundamental para abordagem da situação, principalmente por se tratar de uma doença que acomete, em sua maioria, famílias sem condições mínimas de saneamento básico e água potável¹.

O processo de disseminação de notícias confiáveis e verídicas sobre as questões de saúde pública é um dos espaços em que o campo da comunicação se une ao campo da saúde. Essa relação, porém, se dá de forma complexa, e as duas áreas, saúde e comunicação, demandam reflexões dos campos institucional e científico. É preciso trazer apontamentos sobre questões epistemológicas e metodológicas próprias do campo da saúde para construir uma informação consciente e confiável, que terá uma responsabilidade social com seus leitores².

A responsabilidade social da imprensa é uma das preocupações da comunicação de risco. Esse tipo de comunicação tem como proposta melhorar o diálogo entre diferentes atores, como especialistas e população em geral, tentando produzir uma informação segura do que representa o risco, principalmente no que diz respeito às arboviroses. Portanto, é um modelo de comunicação que se configura como um processo estratégico nas organizações, atuando de forma integrada e efetiva nos

relacionamentos organização/sociedade, prezando pela confiança e credibilidade destes públicos em relação à organização³

O interesse da mídia pela zika aumentou após a ocorrência de complicações nos casos de infecção pelo vírus. A epidemia passou a ser considerada uma síndrome, uma vez confirmados casos de Síndrome de Guillain-Barré e de infecção congênita, o que causou microcefalia em bebês associados à infecção por zika vírus. Este cenário fez com que a doença se tornasse prioridade na agenda midiática nacional e latino-americana, compondo o que se denomina como “ciclos midiáticos epidêmicos”, visto que a enfermidade extrapola as divisões sociais e geográficas de outras doenças ao se transmitir com alta efetividade entre diferentes grupos⁴. No Brasil a epidemia foi mais grave nos estados das regiões Norte e Nordeste do país^{2,5}.

A partir de então, os meios de comunicação brasileiros viram a necessidade de informar com maior recorrência sobre o arbovírus da zika. A utilização da comunicação de risco para informar a população sobre epidemias como a de zika seria o primeiro passo para uma comunicação de saúde pública segura³. No Brasil, o Tocantins foi o terceiro estado com a maior taxa de incidência de prováveis casos de zika com 32,9 casos/mil habitantes de acordo com o boletim epidemiológico nº 4 de 2019 do Ministério da Saúde, os casos foram distribuídos em 12 cidades do estado e 4 delas entraram em situação de emergência. O boletim epidemiológico é uma ferramenta que o Ministério da Saúde utiliza para descrever o cenário da doença semanalmente e informar a população. Dos municípios com 100 a 500 mil habitantes, a cidade de Palmas teve maior incidência de casos prováveis da doença do país na semana epidemiológica, 52, que corresponde ao período de 23 a 29 de dezembro de 2018⁶.

Porém, os achados na literatura demonstram que estudos de comunicação em jornais impressos são realizados com maior frequência em jornais de grande circulação nacional⁴, que geralmente são do sudeste do país, por esse motivo, estudar um jornal do norte do país neste cenário epidemiológico é relevante para os estudos da comunicação em saúde.

Tendo em vista o contexto destacado, torna-se importante estudar como se deu a divulgação de notícias sobre a epidemia de zika no estado do Tocantins pela mídia impressa. Para isso, foi escolhido o jornal de maior circulação em todo o estado, intitulado Jornal do Tocantins (JTO). Atualmente, o JTO é o maior jornal impresso,

tanto em número de páginas (15), como em tiragem, que gira em torno de sete milhões de exemplares circulando no estado. O mesmo possui versão online e é constituído por seis editorias específicos. Objetiva-se, neste estudo, analisar o panorama dos textos jornalísticos veiculados acerca da epidemia de zika de janeiro de 2015 a dezembro de 2018.

Método

Trata-se de uma análise documental retrospectiva com abordagem quali-quantitativa. O *corpus* de análise foram textos jornalísticos sobre zika vírus do Jornal do Tocantins, publicados entre 2015 e 2018 no impresso e replicados no jornal online. A amostra foi definida de acordo com a conveniência do universo de origem. A intenção do estudo foi identificar e analisar as notícias sobre o tema estudado em todos os cadernos do jornal, visto que não há um caderno específico para saúde.

A coleta e análise dos dados seguiu o referencial metodológico de Laurence Bardin (1997), para quem a análise de conteúdo se divide em três momentos: 1º, pré-análise dos dados; 2º, exploração do material; e 3º, tratamento dos resultados, inferência e interpretação⁷. As fases da análise de conteúdo foram seguidas com o auxílio do software de análise mista Maxqda 2018, que permite uma associação sistêmica de segmentos textuais a certos temas, pois, os dados encontrados podem ser divididos em categorias de análise através da criação de códigos e da possibilidade de escrever anotações sobre cada segmento encontrado. Esta ferramenta torna viável a interpretação dos dados encontrados e comparações dos achados para a identificar a abordagem dada ao zika pela mídia impressa. As categorias de análise emergem a partir do que jornal traz de informações acerca do tema e, então, as ferramentas de análise do software permitem a identificação do que mais foi relevante, incluindo a frequência com que as informações apareceram.

Para nortear a análise foram definidos parâmetros e, para cada um deles, buscadas categorias correspondentes. Os parâmetros foram: 1. “Foco na saúde ou na doença”, com a intenção de identificar se notícias estão voltadas para promoção da saúde da população ou se as informações trazidas pelo periódico estão colocando o foco de suas informações nas consequências destas doenças, podendo disseminar medo na comunidade leitora, 2. “Responsabilização e vozes sobre zika no jornal”, para saber se,

ao noticiar sobre a situação da epidemia no estado do Tocantins, o jornal responsabiliza alguém e identifica quais desses entes (como governo, profissionais e sistema de saúde ou população) têm voz representada no jornal” 3. “Abordagem dada à epidemia”, ou seja, com qual população o jornal analisado conversa e para quem escreve e 4. “Relação da zika com microcefalia”, para identificar como há menção ao surgimento da microcefalia através da zika.

Foram observados, ainda, os elementos gráficos presentes nos textos jornalísticos, se as notícias sobre zika, que foram capa do jornal e também o gênero jornalístico dessas informações, visto que estas categorias determinam a importância da temática para o jornal, interferem diretamente na visualização que o público leitor tem da situação.

Tendo os parâmetros de análise como norteadores da leitura dos textos jornalísticos, a abordagem do jornal foi identificada a partir dos conteúdos que emergiram nos textos. Os conteúdos foram codificados por segmentos de palavras, ou seja, cada assunto que surgia a partir da leitura dos textos jornalísticos foi relacionado ao parâmetro de análise correspondente, através da codificação que permitia a separação de cada parâmetro por cores no software. O presente artigo não foi submetido ao comitê de ética em pesquisa pois trata-se de uma análise documental.

Resultados e Discussão

Foram encontrados, no período de quatro anos, um total de 44 textos jornalísticos a respeito do zika vírus. Destes, 12 no ano de 2015, 20 em 2016, 9 em 2017 e apenas três textos no ano de 2018. Para identificação das categorias, os segmentos do texto foram codificados conforme o critério de análise correspondente. Ao todo foram 1.139 segmentos codificados, que formaram as categorias correspondentes aos parâmetros estabelecidos.

O que emergiu nos Textos Jornalísticos?

Percebeu-se que o periódico em questão deu prioridade a temáticas específicas ao noticiar sobre zika vírus. O assunto mais citado é prevenção, seguida do risco. As

ações do governo, as características da doença e tratamento e recuperação apareceram em seguida, como demonstra a tabela 1:

Tabela I. Temáticas do Jornal do Tocantins nos textos sobre zika vírus (2015-2017)

Tema Abordado	Nº de codificações
Prevenção	63
Risco	61
Ações do Governo	39
Características da Doença	39
Tratamento e Recuperação	34

Fonte: Elaboração Própria. (2021)

É importante ressaltar que as ações de prevenção às doenças são aliadas à propagação da comunicação de risco. A melhor forma de combater o mosquito está na nos cuidados de prevenção e controle do vetor, e ficou claro que o JTO informa sobre a importância e as formas de prevenção.

Em geral, a mídia nacional, com exceção da Folha de São Paulo, pouco abordava o assunto até 2015, logo, percebe-se o posicionamento do JTO ao noticiar o zika associado à prevenção⁸. O jornal associou ações de prevenção às medidas de eliminação do vetor, tais como, a limpeza das casas, quintais e ruas, retirada de água parada de vasos de plantas, pneus, caixas d'água, uso de repelente por conta da associação do vírus e demais ações conforme o trecho abaixo:

“Temos que estar preparados para uma nova temporada de chuvas. Vamos manter o nível de combate (...) o mosquito ainda está aí. Cuidados diários podem evitar a proliferação do mosquito, como evitar água parada, vedar caixas d'água, manter garrafas vazias voltadas para baixo e sacos de lixo bem fechados” (JTO, 12/05/2017).

Desde a chegada do vírus no Brasil, a comunicação começou a ser usada como estratégia para garantir a transparência das informações dadas à população⁶. Por esse motivo, uma das preocupações do Ministério da Saúde era o surgimento de uma crise associada ao alarde midiático sobre a gravidade da doença. Mesmo assim, a informação

sobre o risco causado pelo zika, foi um assunto que emergiu com muita frequência durante os anos de análise do jornal, abaixo apenas da prevenção. Comunicar risco requer uma responsabilidade social importante por parte do jornal, pois a depender da abordagem pode causar uma reação de medo na população que para ser esclarecida posteriormente, demanda esforços da imprensa.

Neste contexto é importante que o comunicador não reproduza uma cultura de medo associada à prevenção, pois o conceito de risco pode ser utilizado para veicular formas de prover segurança aos indivíduos, que devem seguir, responsavelmente, preceitos baseados em conceitos tomados como verdade sem discussão ou visão crítica. Deste modo, a ideia de prevenção não deve estar associada a uma procura constante de controle antecipatório dos riscos e gestão do medo, pois esses conceitos estão relacionados a uma necessidade de proteção diante de perigos que são obstinadamente reiterados por canais de comunicação dos riscos, o que pode causar culpabilização e ansiedade na população⁹.

O enfoque de risco dado pelo jornal teve relação com a probabilidade da comunidade se infectar com a doença, e as situações que colocavam as pessoas em situação de vulnerabilidade em relação a ela, como estar em espaços com água parada e lixo, ou a não utilização de repelente por parte de mulheres grávidas. O debate sobre risco, relacionado ao zika, ganhou novos contornos diante da dimensão da doença, ele é tratado com um acentuado grau de incerteza, por isso relaciona-se com a mudança de atitude da população na tentativa de evitar uma possibilidade de infecção por zika no futuro².

Neste sentido, é importante ressaltar que apenas a mudança de comportamento da população não é suficiente quando se fala em prevenção, pois o controle vetorial só terá êxito se conseguir incorporar novas tecnologias e ferramentas que permitam uma articulação com as estratégias que já estão em vigor como mudança comportamental. Desta forma, será possível alcançar resultados mais satisfatórios que comprovadamente consigam diminuir a carga da doença e não apenas melhorar indicadores entomológicos¹⁰.

Portanto, o surgimento da categoria “prevenção” permite reflexões acerca de quais são os desafios que se colocam quando há incertezas sobre a existência do próprio risco e qual é o papel da comunicação neste cenário, para que não seja reforçada a

culpabilização dos indivíduos e de propostas individualizantes para evitar riscos⁹. As ações do governo foram assuntos também abordados com frequência pelo jornal. Essa categoria emergente demonstra a preocupação da imprensa em apresentar à população que a autoridade pública tem desenvolvido ações de combate e controle. Logo, mesmo em meio a uma situação de risco, é colocado em evidência pelo JTO que as devidas providências frente ao problema estão sendo tomadas, como demonstram os trechos abaixo:

“O governo intensificou o combate ao aedes aegypti” (JTO, 06/03/2016)

“SUS publica plano para tratar crianças. Acolhida, proteção social, prevenção de doenças associadas ao vetor são parte da estratégia do governo” (JTO, 12/04/2016)

Da mesma forma, se coloca a abordagem sobre tratamento e recuperação. Tal categoria se relaciona intimamente com o surgimento da microcefalia associada à infecção por zika vírus. A preocupação com o tratamento dos bebês diagnosticados com zika e com as pessoas infectadas pelo vírus era uma constante do jornal. A realização ou não de tratamento e o acesso ao serviço de saúde foi abordado com frequência, como os trechos a seguir evidenciam:

“Segundo a SESAU todas as gestantes, mães e bebês do Estado estão recebendo o tratamento adequado” (JTO, 15/12/2015)

“O Ministério da Saúde (...) publicou um plano de ação para o combate do mosquito aedes aegypti e para garantir a proteção social de crianças com microcefalia” (12/04/2016)

A abordagem do jornal no tocante ao acompanhamento das crianças é sobre a não existência de um tratamento e diagnóstico específico para as consequências da zika, dado que foi enfatizado pela imprensa em trechos como o que segue abaixo:

“O Ministério da Saúde mudou os critérios de diagnóstico de Microcefalia relacionada ao vírus Zika” (JTO, 05/12/2015)

Neste sentido, coloca-se a importância da definição de protocolos para o tratamento de casos agudos (em particular para as mulheres grávidas) e formas para manejo das consequências dos efeitos fetais graves e incapacitantes¹¹.

Zika na Capa e elementos gráficos: o que mais chamou atenção?

Em relação aos elementos gráficos presentes nos textos jornalísticos, observou-se a presença de fotos, infográficos, tabelas e mapas em 39 dos 44 textos analisados. As fotos tiveram um maior protagonismo, mas todos os elementos gráficos são ferramentas que ajudam a chamar atenção do leitor para a notícia.

Tabela II. Elementos Gráficos no Jornal do Tocantins nos textos sobre zika vírus (2015-2018)

Elemento Gráfico	Nº de Codificações
Fotos	39
Infográficos	19
Tabelas	3
Mapas	2

Fonte: Elaboração Própria. (2021)

Foram observados dois gêneros jornalísticos utilizados pelo periódico para se falar de zika vírus. As reportagens, matérias jornalísticas bastante completas e com apuração em diferentes fontes, foram mais frequentes, totalizando 41 diferentes textos, enquanto as notícias, que são textos mais breves e factuais, apareceram cinco vezes na amostra analisada.

No que se refere aos elementos gráficos presentes nos textos, as fotos dão destaque ao cenário vivido, os infográficos permitem a melhor visualização das informações mais relevantes, enquanto as tabelas trazem informações quantitativas importantes, que dão um panorama numérico dos casos da doença, e o mapa traz o cenário nacional dos casos. É importante a presença de tais elementos no jornal, para a divulgação fidedigna das informações referentes ao tema.

Zika foi capa do jornal 22 vezes ao longo dos quatro anos. A capa traz o que o jornal considera importante e relevante. Levando em consideração que o total de textos sobre zika foi 44, metade deles estavam na capa, demonstrando que o tema é muito relevante.

Percebe-se que o jornal teve, no período analisado, uma preocupação em trazer esses elementos acompanhando seus textos jornalísticos. Porém, quando levamos em consideração os quatro anos de análise, com apenas vinte e duas capas referentes ao zika, entende-se que o período de maior preocupação com a temática por parte do jornal tende a mudar no decorrer do ano, assim como suas prioridades para compor a capa. O período em que os casos relacionados à zika estiveram na capa, foram os períodos de aumento de casos da doença e de microcefalia no estado, configurando estado de emergência.

Na comunicação, esse cenário de emergência gera um valor-notícia, ou seja, tem importância no ponto de vista do jornalista e, quando publicado, entra na agenda do público receptor, se integrando ao fluxo de informações que interessam a população. Os valores-notícia são agrupados em categorias, desta forma, uma emergência de zika pode ser agrupada por sua importância em categorias como¹²:

I. *“Impacto sobre a nação e o interesse nacional”*, pois, implica o grau de significado e importância, de proximidade geográfica, do atingimento do imaginário da população.

II. *“Quantidade de pessoas envolvidas no acontecimento”*, tendo em vista o grande número de informações sobre o número de casos. Quanto maior o número de pessoas envolvidas, maior a noticiabilidade, ou seja, muitos casos notificados da doença têm maior impacto do que pouca notificação, nos períodos de maior número de casos, apareceram mais capas no jornal sobre zika.

III. *“Relevância e significação do acontecimento quanto a sua potencial evolução e consequência”* fotos que apresentam consequências a se desdobrarem num tempo futuro a exemplo da microcefalia, correspondem mais aos critérios jornalísticos do que aqueles que se esgotam em si mesmos.

Foco do jornal: Saúde ou Doença?

A doença se destacou na cobertura (99 codificações), enquanto a saúde apareceu como foco 15 vezes. Entende-se a saúde não só como ausência de doença, e para fins da pesquisa, a codificação específica de saúde referiu-se a textos voltados para promoção da saúde da população. É fato que o objeto de estudo é o vírus zika, desta forma é esperada mais frequência do jornal em informar sobre a doença em si, trazendo um panorama relacionado à prevenção, diagnóstico, tratamento e sintomas. Percebe-se que, mesmo quando o texto jornalístico menciona saúde, ela está relacionada com a

qualidade de vida das pessoas diagnosticadas ou com suspeita de zika ou microcefalia. A saúde nos textos jornalísticos analisados está intimamente ligada ao tratamento, como demonstram os trechos a seguir:

“Estimulação precoce pode ajudar a recuperar lesões” (JTO, 25/06/2017)

“Ela desenvolveu bastante. Antes ela era meio durinha, não abria a mão, não acompanhava as coisas. Agora ela está usando óculos, já abre as mãozinhas. Agora começou a querer sentar, mas ainda não está segurando o tronco. Mas tenho fé em Deus que ela vai conseguir” Conta a mãe. (JTO, 25/06/2017)

Entende-se que a forma e o momento em que a notícia é veiculada produzem significados distintos nos leitores. Tais significados podem produzir uma mobilização popular e o esclarecimento das pessoas, ou a disseminação de medo e preocupação constante, a depender da abordagem. Na saúde, o processo de publicização deve ser avaliado com suas dimensões, que podem produzir educação em saúde, ou instalar um cenário de pânico a depender da “rotulagem da doença”, pois quando se nomeia o problema, a abordagem do assunto e a criação de debates públicos tornam-se mais fáceis. Portanto, informar de forma emancipatória pode ser um instrumento para a ação, visto que a forma como se constrói a informação é decisiva para definir as imagens do público sobre a realidade e suas construções simbólicas¹³.

Povo: fala de menos, culpado demais.

Uma predominância presente na análise foi a responsabilização pela epidemia de zika ser atribuída à população em detrimento do poder público, que foi citado como responsável pelo problema poucas vezes. Os profissionais e o serviço de saúde também foram colocados como responsáveis em algum momento.

Tabela III. Quantidade de codificações que demonstram culpabilização no Jornal do Tocantins , nos textos sobre zika vírus (2015-2017)

Ente responsabilizado	Nº de Codificações
População	41
Profissional/Serviço de Saúde	11
Governo	8

Percebe-se que o jornal tende a isentar o poder público da responsabilidade perante a epidemia no decorrer dos textos jornalísticos, pois o foco está voltado majoritariamente para o comportamento da comunidade, mesmo sabendo que o Estado é um dos principais responsáveis por não conseguir o efetivo controle¹.

Em grande parte das reportagens, as ações de combate do governo estão em evidência, e ao mesmo tempo, há um redirecionamento do foco da responsabilidade às comunidades e famílias, segundo o trecho abaixo.

“Apesar do poder público orientar e vistoriar os imóveis, a população precisa se conscientizar que a proliferação do mosquito acontece devido à falta de cuidados diários dos moradores com seus lotes habitados e até com os terrenos baldios vizinhos” (JTO, 13/02/2016)

O jornal descreve que o poder público não consegue combater o vírus sozinho e a população é descrita como quem por não faz a sua parte na prevenção e limpeza de seus quintais e ruas, como exemplifica os trechos a seguir.

“Só o poder público atuando não vai ter efetividade no controle do mosquito” (JTO, 17/02/2018)

“Não adianta esse mutirão se a comunidade não se convencer da importância da simplicidade das ações de combate à doença” (JTO, 19/12/2015)

“É vergonhoso ver o que acontece em alguns quintais” (JTO, 19/12/2015)

“É necessário união e esforço, pois seu vizinho pode ser seu inimigo” (JTO, 19/12/2015)

Um estudo de Bennet et al¹⁴, colabora para o entendimento de questões relativas a culpabilização da sociedade em relação a epidemias. O autor argumenta que de um ponto de vista estimulado pela mídia, o público pode ser acusado de ignorar recomendações perfeitamente sensatas e cientificamente solidas. Por outro lado, aquelas responsáveis pelas recomendações podem ser vistos como não confiáveis, dissimulados, ou inclinados a posturas paternalistas¹⁴.

Neste sentido, é preciso repensar a maneira como a população é retratada nas reportagens, tendo em vista que, mesmo que haja uma limpeza constante nas casas, se o governo não oferecer condições dignas de saneamento básico, as ações preventivas podem não surtir efeito. Se faz necessário considerar formas menos culpabilizantes de tratar as reações defensivas quanto ao risco pelas autoridades governamentais e pelos responsáveis por políticas públicas em prevenção e promoção de saúde⁹. Não se trata de adotar uma posição paternalista em relação à população e criminalista para com o Estado, mas oferecer oportunidade para que seja feita uma crítica abrangente por meio das informações veiculadas pela imprensa⁴. Uma relação de parceria entre a mídia, comunidade, governo e profissionais de saúde pode ser o melhor caminho para o combate ao zika e demais arboviroses¹.

Ao analisar a quem o jornal deu voz, no período analisado, o interlocutor mais presente é o governo estadual colocando em evidência as ações realizadas por ele, seguido dos profissionais de saúde e da população que teve menos fala no jornal, como demonstra a tabela a baixo.

Tabela IV. Interlocutores do Jornal do Tocantins nos textos sobre zika vírus (2015-2017)

Interlocutor	Nº de Codificações
Governo	45
Profissional de saúde	34
População	31

Fonte: Elaboração Própria (2021)

Tal dado demonstra um paralelo entre responsabilização e representatividade no jornal, ao mesmo tempo em que a população é a maior responsabilizada pela situação epidêmica de zika é a que menos tem voz no jornal, enquanto que o governo é minimamente responsabilizado e seus representantes são os que mais aparecem no jornal, colocando em evidencia as ações desenvolvidas, como demostram os dados a seguir.

O governo teve um papel central na informação trazida pelo jornal, pois, na maioria das vezes, um representante do poder governamental foi a principal voz das matérias. Na maioria das vezes foram enfatizadas as ações de combate à doença realizada pelas autoridades. Percebeu-se que as vozes da população e dos profissionais

de saúde ficaram em segundo plano, porém, esses foram os mais responsabilizados pelos casos de zika. O foco da informação recorre a uma chamada à militarização do combate ao Zika e demais arbovírus, com menção a palavras como “força-tarefa, fiscalização e guerra ao mosquito”, tais como os trechos abaixo:

“Estado participa de campanha nacional que visa combater o Aedes Aegypti (JTO,13/02/2016)

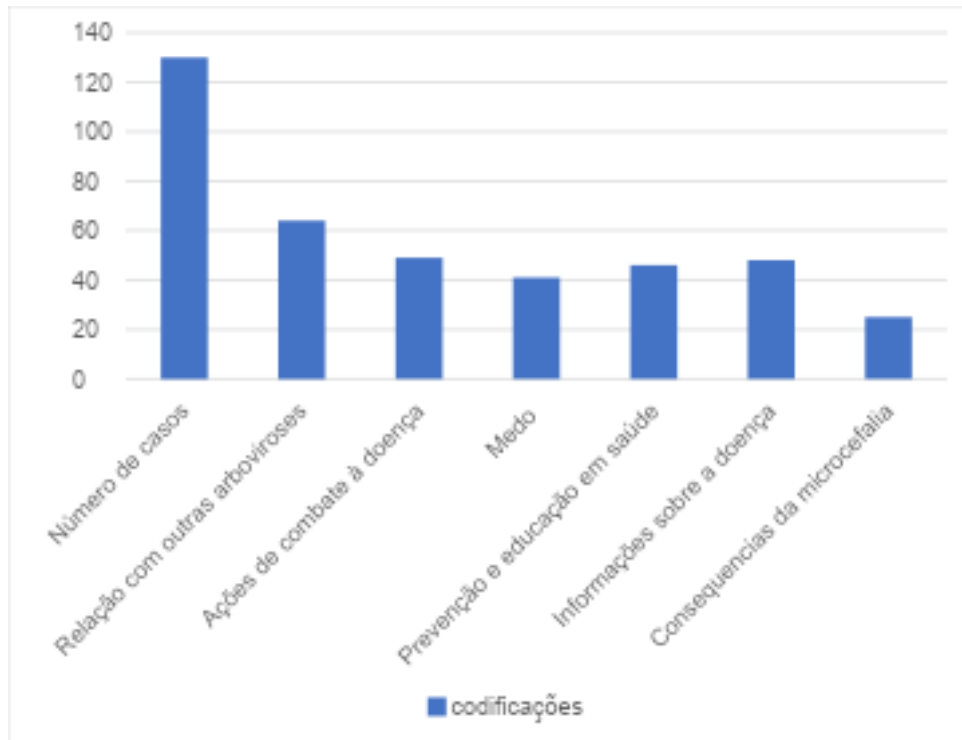
“A força-tarefa fez parte da mobilização promovida pelo governo federal para combate ao mosquito’ (JTO, 03/12/2016)”.

Ferraz destaca que “palavras como ação, controle e combate estão muito presentes nos discursos atuais da saúde pública, sendo necessária a implementação de verdadeiras táticas de guerra para conter a expansão do mosquito transmissor da doença”¹⁵, o que pode ser observado com frequência nas falas do governo no jornal. Importa criar discussões para alcançar um ambiente favorável a debates sobre riscos que vão além de recomendações autoritárias que somente apelam para mandatos moralistas de autodisciplina e autocontrole⁹.

Número de casos: do risco ao medo do zika vírus

Ao abordar a epidemia de zika, a ênfase do JTO esteve em informar aos leitores os números oficiais de casos confirmados e suspeitos de zika e também de microcefalia no estado do Tocantins e no país. Outras abordagens relevantes estão na relação do vírus zika com outras arboviroses como dengue e chikungunya, ações de combate à doença, prevenção e educação em saúde, medo, informações sobre a doença e consequências da microcefalia. A relação dessas abordagens é demonstrada no gráfico 1.

Gráfico 1. Frequência da abordagem do Jornal do Tocantins nos textos sobre zika vírus (2015-2017)



Fonte: Elaboração Própria (2021)

O foco dos textos jornalísticos é a informação sobre a quantidade de casos, seja zika ou de microcefalia, porém, em alguns momentos, o posicionamento do periódico tende a apelar para o sensacionalismo e o amedrontamento da sociedade, especialmente das mulheres em situação de gravidez que vivem no Nordeste do Brasil como mostra os trechos a seguir.

“Zika vírus já chegou, microcefalia preocupa” (JTO, 20/11/2015)

“Microcefalia, mal que assusta” (JTO, 25/06/2017)

“Aedes Aegypti: conhecendo o inimigo” (JTO, 04/01/2016).

Dines¹⁶ divide, para fins didáticos, o sensacionalismo em três grupos: gráfico, linguístico e temático. O gráfico é aquele que se dirige a leitores desacostumados com a leitura, privilegia letras grandes e conceitos pequenos e apresenta descompasso entre a importância do fato e a ênfase visual. O sensacionalismo linguístico ou de texto inclui as opções pelas palavras vivas e ricas que provocam sensações e o temático é ligado às matérias que vendem¹⁶. Dessa forma, o sensacionalismo tem uma estreita ligação com os valores-notícia elencados pela mídia em questão, visto que, o que se torna valor-notícia é exatamente o que interessa o leitor e gera lucro ao ser vendido¹¹.

Dos textos jornalísticos analisados, 46% abordam como prevenir o aumento do número de casos e como se cuidar frente ao risco, é um paralelo que os textos jornalísticos demonstram frisar o número de casos para trazer um maior amedrontamento, como também pode incentivar o combate de maneira mais efetiva. Dessa maneira, o jornal pode utilizar em alguns momentos o sensacionalismo linguístico, como nos exemplos a seguir:

“Casos suspeitos de Zika aumentam 188% no Estado” (JTO, 11/03/2016)

“Microcefalia: Casos não param de crescer no Tocantins” (JTO 29/12/2015)

Quando é colocada em evidência uma má notícia como um aumento de 188% dos casos de zika e o crescimento da microcefalia, com letras grandes que chamam atenção, sensações de medo podem ser provocadas no leitor, configurando sensacionalismo linguístico¹⁶.

Outra questão destacada na abordagem do jornal é a relação da zika com as demais arboviroses transmitidas pelo mesmo vetor, tais como a dengue e a chikungunya. A abordagem da zika na mídia raramente se dá de forma isolada. Em 64% das vezes, considerando o total de reportagens, as informações sobre zika fazem um paralelo com outras arboviroses, tendo em vista que a doença tem como transmissor o mesmo vetor da dengue e da chikungunya e que juntas causam uma tríplice epidemia, por exemplo:

“O perigo de deixar o mosquito Aedes Aegypti nascer está nas doenças que ele transmite como, zika, dengue e chikungunya” (JTO, 04/03/2016).

Neste cenário, as mesmas ações de combate são realizadas para as três arboviroses, que têm sintomas semelhantes, mas tratamentos e diagnósticos específicos. Percebe-se que há uma preocupação do jornal em esclarecer para a população o que diferencia as três doenças no tocante a sintomas, diagnóstico e tratamento, tal como alertar para a prevenção da proliferação do mosquito, que evita o surgimento das três doenças, como demonstram os trechos a abaixo.

“Com sintomas parecidos, doenças incapacitam vítimas por causa da febre alta e das dores no corpo. Todas podem matar” (JTO, 24/11/2017)

“Novo vírus tem sintomas mais brandos que a dengue, mas é transmitido pelo mesmo mosquito, o Aedes Aegypti” (JTO, 15/05/2016)

“Para dar fim ao mosquito transmissor da dengue e também do zika vírus e chikungunya, acontece hoje a segunda mobilização das Forças Armadas em todo o país” (JTO, 13/02/2016)

Zika e Microcefalia

A relação entre a zika e a microcefalia em bebês é um dos temas centrais dos textos jornalísticos. Tal relação foi mencionada e destacada pelo jornal, totalizando 108 codificações ao longo dos quatro anos de análise, seguem alguns exemplos.

“Microcefalia: Aumentam casos e preocupação, país tem 41 casos de Microcefalia por Zika” (JTO, 04/01/2016)

“Tocantins confirma 17 casos de Microcefalia” (JTO, 25/06/2016)

“Ligação do Zika vírus com Microcefalia muda rotina de mulheres grávidas na capital” (JTO, 04/12/2015)

Muitas questões emergem da epidemia da "síndrome congênita do zika", que engloba casos de microcefalia e/ou outras alterações do sistema nervoso central associadas à infecção pelo vírus¹⁷, especialmente no que diz respeito à divulgação de notícias pela mídia. Há um cuidado importante que precisa ser tomado pelos profissionais da comunicação ao noticiar um cenário de incertezas que causa reação de medo nos leitores. A comunicação de risco deve ser uma aliada no processo de disseminação das informações para não causar um efeito indesejado.

O cenário de incerteza colocado diante das pessoas afetadas no início da epidemia poderia causar um caos social, pois há muitas perguntas ainda sem respostas⁷. A preocupação do jornal estava em sempre esclarecer aos leitores quais eram as novas notícias sobre o tema, focando sempre na prevenção e na informação do que é a doença e como tratar os afetados.

Sabe-se que a microcefalia resulta no desenvolvimento anormal do cérebro e as consequências futuras de tal acometimento dependem das anormalidades cerebrais

subjacentes que podem variar de atrasos moderados no desenvolvimento até a deficiência motora e intelectual severa¹⁸. Informar à população com responsabilidade acerca de tal cenário é um grande desafio aos profissionais da comunicação, visto a delicadeza do cenário e seus riscos. Outra medida de igual importância para a divulgação de informações verídicas e úteis à população está na necessidade de haver um esforço da comunidade científica e dos serviços de saúde para que as avaliações e o acompanhamento de crianças com microcefalia e pessoas com Zika sejam feitos com o uso de instrumentos validados para o Brasil e que possam ser incorporados na linha de cuidados às crianças e famílias¹⁹.

Considerações Finais

Os meios de comunicação podem ser aliados na disseminação de notícias confiáveis que são indispensáveis para informar a comunidade. Este estudo demonstrou que os efeitos da zika no Tocantins foram de relevância para a mídia regional e a temática esteve presente no jornal em todos os anos analisados, desta forma, cumpriram-se os objetivos do estudo ao descrever o que o jornal tem veiculado sobre zika e quais aspectos têm dado maior importância.

A prevenção e informações oficiais da dimensão da doença no estado são os aspectos mais destacados no jornal ao longo dos quatro anos. Ao notificar o número de casos com frequência, o periódico mostra que os comportamentos, atitudes e práticas dos afetados são importantes para o enfrentamento do problema. As vozes presentes no jornal trazem uma reflexão importante acerca da visibilidade do governo no jornal e seu paralelo com a culpabilização da sociedade no tocante a arboviroses.

Como limitações da pesquisa, tem-se que a codificação e análise, apesar de ter critérios bem estabelecidos e objetivos, passa pela subjetividade das pesquisadoras, como toda pesquisa social. Outro ponto está no fato de este estudo não considerar aspectos da rotina de produção jornalística, a partir das vozes das jornalistas responsáveis pela publicação dos textos sobre zika. Importante ressaltar ainda que se trata de um estudo voltado para a análise de notícias de um jornal específico, que circula em um estado da região Norte e não tem alta tiragem. Outra pesquisa com jornais de grande circulação

em outras regiões ou jornais de imprensa alternativa podem apresentar resultados diferentes

O estudo trouxe apontamentos importantes, principalmente ao analisar a mídia em uma localidade não muito explorada pelos estudos de comunicação em saúde e que foi fortemente afetada pela doença. Por isso, os estudos sobre a imprensa e o zika devem ser mais desenvolvidos na região Norte e Nordeste do país. Cabem novos estudos que se aprofundem no processo de produção desses textos e na compreensão dos jornalistas sobre o tema.

Referências

1. Porto, RM; Costa, PRSM. O Corpo Marcado: a construção do discurso midiático sobre Zika Vírus e Microcefalia. Cadernos de Gênero e Diversidade, v. 3, n. 2, 2017.
2. Araújo IS; Cardoso JM. Comunicação e Saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.
3. Herte de Moraes, C; Beling Loose, E; Tourinho Girardi, I. Dengue, zika e chikungunya: análise da cobertura do risco de doenças associadas às mudanças climáticas sob a ótica do jornalismo ambiental. Anuario Electrónico de Estudios en Comunicación Social “Disertaciones”. 2017; 10(2), 120-132.
4. Langbecker, Andrea et al. A cobertura jornalística sobre temas de interesse para a Saúde Coletiva brasileira: uma revisão de literatura. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. 2019, v. 23
5. Cao-Lormeau, VM; Blake, A; Mons, S; Lastère, S; Roche, C; Vanhomwegen, J.& Vial, AL. Guillain-Barré Syndrome outbreak associated with Zika virus infection in French Polynesia: a case-control study. The Lancet, 2016, 387(10027).
6. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico - Monitoramento dos casos de dengue, febre de chikungunya e febre pelo vírus Zika até a Semana Epidemiológica 54. Bol Epidemiológico.
7. Bardin. L. Análise de conteúdo. Lisboa: Editora Edições 70, 1977
8. Ministério da Saúde. Vírus Zika no Brasil: A resposta do SUS. 1ª edição. Brasília, Brasil: Editora MS. 2017.
9. Castiel LD; Vasconcellos-Silva PR; Moraes DR. Micromortevida Severina? A comunicação preemptiva dos riscos. Cad. Saúde Pública. 2017, 33(8).

10. Achee NL; Gould F; Perkins TA; Reiner RC; Morrison AC; Ritchie SA; et al. A critical assessment of vector control for dengue prevention. *PLoS Negl Trop Dis.* 2015; 9(5).
11. Santos, CQ; Cardoso, AMP. Inclusão digital e desenvolvimento local. *TransInformação*, Campinas, 2009, 21(1): p. 7-22, jan./abr.
12. Hohlfeld A; Martinho LC; França VV. Teorias da Comunicação: Conceitos, escolas e tendências. 15ª ed. Pedropolis, RJ: Editora Vozes, 2015.
13. Cavaca, AG et al. 'Valor-saúde': critérios epidemiológicos potenciais para a comunicação e saúde. *RECIIS - Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 26-42, jan./mar. 2018.
14. Bennett P; Calman K; Curtis S; Fischbacher-Smith D. Understanding public responses to risk: issues around policy and practice. In: Bennet, P., Calman, K., Curtis, S. and Fischbacher-Smith, D. (eds.) *Risk Communication and Public Health*. Oxford University Press: Oxford, pp. 3-22.
15. Ferraz MR; Gomes MAM. Epidemia e memória: narrativas jornalísticas na construção discursiva sobre a dengue. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Comunicação, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010.
16. Dines, A. Sensacionalismo na Imprensa. *Comunicações e Artes. Uma Semana de Estudos sobre Sensacionalismo*, São Paulo, n. 4, p. 67 –75, 1971.
17. Diniz, D. Vírus Zika e mulheres. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 32, n. 5, 2016 .
18. Tomal NR. Zika vírus associado à microcefalia. *Revista de Patologia do Tocantins*, v. 3, n. 2, p. 32-45, 2016.
19. Brunoni D et al . Microcefalia e outras manifestações relacionadas ao vírus Zika: impacto nas crianças, nas famílias e nas equipes de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 21, n. 10, p. 3297-3302, Oct. 2016

**Rede de Atenção à Saúde Bucal do Sistema Único de Saúde brasileiro: a
compreensão de profissionais e usuários sobre sua organização**

*Brazilian United Health System Oral Health Care Network: professionals' and users'
understanding of its organization.*

*Red de Atención Bucodental del Sistema Único de Salud de Brasil: comprensión de su
organización por parte de profesionales y usuarios.*

Adriano Referino da Silva Sobrinho, Fabrício Nogueira Rocha,
Luiz Gutenberg de Miranda Toledo Coelho,
Pedro Henrique Sette-de-Souza, Renata de Oliveira Cartaxo,
Herika de Arruda Mauricio

RESUMO

O presente estudo se propôs a analisar a compreensão de usuários e profissionais sobre a organização da Rede de Atenção à Saúde Bucal do município de Arcoverde, Pernambuco. Para tal, foi realizado um estudo transversal, de caráter exploratório. A coleta de dados foi desenvolvida a partir da aplicação de questionários em unidades de saúde municipais envolvendo profissionais das Equipes de Saúde Bucal (cirurgiões-dentistas e auxiliares de saúde bucal) e usuários que se encontravam em tratamento. Os resultados obtidos identificaram uma maioria dos usuários (87%) que sabiam como conseguir vaga para tratamento, mas 73,7% não conhecia as unidades que ofertavam atendimento. Dentre os profissionais, 81,3% relatou saber como funciona o fluxo de referência e contrarreferência municipal. Tanto profissionais quanto usuários responsabilizaram os gestores pela organização da rede. Os achados reforçam a necessidade de divulgação do processo organizacional da Rede de Atenção à Saúde Bucal, otimizando o acesso da população e o processo de trabalho dos profissionais.

Palavras-chave: Assistência à Saúde; Assistência Odontológica; Serviço de Saúde; Direitos do Paciente; Saúde Bucal.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the understanding of users and professionals about the organization of the Oral Health Care Network in the municipality of Arcoverde, Pernambuco. To this end, a cross-sectional, exploratory study was carried out. Data collection was developed from the application of questionnaires in municipal health units involving professionals of the Oral Health Teams (dentists and oral health assistants) and users who were undergoing treatment. The results obtained identified a majority of users (87%) who knew how to get a place for treatment, but 73.7% did not know the units that offered care. Among the professionals, 81.3% reported knowing how the municipal reference and counter-reference flow works. Both professionals and users held the managers responsible for organizing the network. The findings reinforce the need for disclosure of the organizational process of the Oral Health Care Network, optimizing the population's access and the professionals' work process.

Keywords: Delivery of Health Care; Dental Care; Health Services; Patient Rights; Oral Health.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo analizar la comprensión de los usuarios y profesionales sobre la organización de la Red de Atención a la Salud Oral en el municipio de Arcoverde, Pernambuco. Para ello, se realizó un estudio transversal y exploratorio. La colección de datos se desarrolló a partir de la aplicación de preguntas en unidades de salud municipales con profesionales de los equipos de salud bucal (cirujanos-dentistas y auxiliares de salud bucal) y usuarios que se encontraban en tratamiento. Los resultados obtenidos identificaron una mayoría de usuarios (87%) que sabían cómo conseguir una plaza para el tratamiento, pero el 73,7% no conocía las unidades que ofrecían atención. Entre los profesionales, el 81,3% declaró conocer el funcionamiento del flujo de referencia y contrarreferencia municipal. Tanto los profesionales como los usuarios responsabilizaron a los gestores de la organización de la red. Los resultados refuerzan la necesidad de divulgación del proceso organizativo de la Red de Atención a la Salud Bucal, optimizando el acceso de la población y el proceso de trabajo de los profesionales.

Palabras-clave: Prestación de Atención de Salud; Atención Odontológica; Servicios de Salud; Derechos del Paciente; Salud Bucal.

INTRODUÇÃO

A partir da Constituição Federal publicada em 1988 (CF/88), a saúde passou a ser regulamentada como um direito fundamental no País¹. A efetivação desse direito é dependente da integração entre a política de saúde e demais políticas sociais², sendo o Estado responsável pela sua regulação por meio de ações, políticas e programas eficazes, possuindo como principal objetivo a garantia do direito universal à saúde³.

A garantia do direito à saúde permite condições dignas de vida e acesso aos serviços de saúde a todos os habitantes do território nacional, possibilitando o desenvolvimento do ser humano². O Sistema Único de Saúde (SUS), entretanto, enfrenta desafios, tanto por parte do próprio Sistema, quanto pela sociedade brasileira, que se apresenta desigual, com muitos conflitos sociais e carente de políticas públicas incluídas e redistributivas⁴⁻⁶.

Em conjunto com o direito à saúde, está garantida a participação da comunidade no SUS por meio do controle social. O usuário pode modificar a direção dos planos e políticas de saúde, definindo, acompanhando e executando a fiscalização das ações de saúde de modo a atender às necessidades percebidas e vivenciadas pela população^{2,7}.

Apesar disto, ainda há uma grande parcela da população que não participa ativamente dos serviços da saúde, comprometendo o pleno exercício de sua cidadania⁸. A tomada de conhecimento sobre o SUS e a legislação em saúde vigente no País, por parte dos sujeitos sociais envolvidos no processo, proporciona o fortalecimento da participação social, sendo a disseminação de informações e conhecimentos fundamental neste processo de luta pelo direito social à saúde^{9,10}.

Um termômetro capaz de medir a disseminação de informações é a verificação da percepção dos usuários e dos profissionais em relação aos serviços de saúde. O dimensionamento do reflexo das ações desenvolvidas pelos profissionais da assistência no setor saúde para todos os atores sociais envolvidos é capaz de orientar a organização da assistência à saúde¹¹. Popularizar o conhecimento sobre os direitos e deveres relacionados ao sistema de saúde facilita o acesso de usuários aos serviços¹².

A partir desse contexto, o trabalho objetivou analisar a compreensão de usuários e profissionais a respeito da organização da Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB) do município de Arcoverde-PE.

METODOLOGIA

O estudo é transversal de caráter exploratório, desenvolvido do município de Arcoverde-PE no ano de 2018. A coleta de dados se deu a partir da aplicação de questionários, utilizando-se uma versão adaptada do modelo proposto por Coelho et al⁸. As adaptações do questionário envolveram seu redirecionamento para os serviços odontológicos e para a abordagem de profissionais.

A coleta envolveu profissionais e usuários da RASB do município, composta por 22 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) e um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). Como critérios de inclusão para o grupo de usuários, participaram do estudo aqueles que estavam em tratamento odontológico e presentes no estabelecimento de saúde no momento de visita do pesquisador, com idade igual ou superior a 18 anos. Como critérios de inclusão para o grupo dos profissionais da assistência, foram incluídos os cirurgiões-dentistas (CD) e auxiliares de saúde bucal (ASB) atuantes nos estabelecimentos de assistência à saúde bucal do município no período de coleta de dados. Com o objetivo de obter participação de profissionais e usuários em todos os serviços municipais de saúde bucal, uma amostra de conveniência foi estabelecida para 81 indivíduos, dos quais 27 são representados por usuários e 54 por profissionais da assistência.

As variáveis integrantes da coleta relacionaram-se ao perfil sociodemográfico de usuários e profissionais, além de haverem abordado o acesso aos serviços de saúde, a atuação no controle social em saúde, o conhecimento sobre a organização da rede e a satisfação com o atendimento oferecido.

Os dados coletados foram processados utilizando-se o programa SPSS 20.0[®]. A análise dos dados é apresentada por meio de tabelas, com valores absolutos e relativos. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Pernambuco seguindo as diretrizes e normas estabelecidas pela Resolução 466/12 (Número do parecer: 2.551.718). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

A população do estudo envolveu uma amostra de 71 participantes da rede de atenção à saúde bucal do município distribuídos em dois grupos: usuários (23) e profissionais da

atenção primária e secundária (48) (**Quadro 1**). As perdas de usuários e profissionais corresponderam a 12,3% da amostra.

Quadro 1. População do Estudo. Arcoverde, 2018.

GRUPOS	SUBGRUPOS	PARTICIPANTES	AMOSTRA	
			PRETENDI-D A	AMOSTRA FINAL
USUÁRIO	Usuário da atenção primária	1 usuário de cada UBSF	22	21
	Usuário da atenção secundária	1 usuário atendido por cada especialidade ofertada no CEO	5	2
	SUBTOTAL		27	23
PROFISSIONAL	Profissional da atenção primária	1 cirurgião-dentista e 1 auxiliar de saúde bucal de cada UBSF	44	42
	Profissional da atenção secundária	1 cirurgião-dentista e 1 auxiliar de saúde bucal de cada especialidade ofertada no CEO	10	6
	SUBTOTAL		54	48
TOTAL			81	71

Fonte: Elaboração própria.

No tocante ao perfil sociodemográfico dos usuários, a maioria afirmou ser do gênero feminino (73,9%), com idade entre 18 e 29 anos (34,8%), pardos (65,2%), solteiros (43,5%), com Ensino Médio Completo (34,8%) e com renda familiar entre 1 e 2 salários mínimos (52,1%). Na **Tabela 1** é apresentado este perfil dos usuários participantes da pesquisa.

Tabela 1. Perfil sociodemográfico dos usuários. Arcoverde, 2019. (continua)

Características	n	%
Gênero		
Feminino	17	73,9
Masculino	06	26,1
Idade		
Entre 18 e 29 anos	08	34,8
Entre 30 e 39 anos	05	21,7
Entre 40 e 49 anos	05	21,7
Entre 50 e 59 anos	03	13

Entre 60 e 69 anos	01	4,3
Acima de 70 anos	01	4,3
Raça/cor		
Pardos	15	65,2
Pretos	04	17,4
Branços	03	13
Amarelos	01	4,3
Indígenas	0	0
Estado Civil		
Solteiros	10	43,5
Casados	05	21,7
Separados	03	13
União Consensual	03	13
Viúvo	02	8,7
Nível de escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto	07	30,4
Ensino Médio Incompleto	03	13,1
Ensino Médio Completo	08	34,8
Ensino Superior Incompleto	03	13
Ensino Superior Completo	01	4,3
Sem instrução	01	4,3
Situação de Trabalho		
Empregados	08	34,8
Desempregados	08	34,8
Do Lar	04	17,4
Pensionistas	02	8,7
Aposentados	01	4,3
Moradia familiar		
Moram com filhos	06	26,1
Moram com esposo(a) + filhos	06	26,1
Moram com os pais	04	17,4
Moram sozinhos	02	8,7
Moram com esposo(a)	03	13
Moram com irmãos	01	4,3
Moram com netos	01	4,3
Renda Familiar		
Entre 1 e 2 salários mínimos	12	52,1

Menos de 1 salário mínimo	06	26,1
3 salários mínimos	01	4,3
Bolsa Família	01	4,3
5 salários mínimos	01	4,3
Não souberam informar	02	8,7

Fonte: Elaboração própria. (conclusão)

Em relação ao controle social dos usuários, 73,9% destes relatou participar de alguma organização social em seu bairro. Quando questionados sobre o Conselho Municipal de Saúde, 69,6% informou não saber o que é, 87% não conhece sua função, 95,7% não sabe como participar e nenhum dos usuários participava do Conselho.

Quando interrogados sobre o seu conhecimento em relação à organização da rede de atenção odontológica, a maioria dos usuários sabe como conseguir vaga para tratamento (87%), afirma que para conseguir tratamento é necessário visitar a unidade (95%), procuraria uma UBSF em caso de necessidade de tratamento urgente (60,9%), sabe quem financia os serviços oferecidos pelo SUS (65,2%), desconhece os níveis de atenção à saúde (91,3%), não sabe quais são os serviços odontológicos disponíveis na rede pública de atenção à saúde do município (65,2%), possui alguma dificuldade para entender a organização dos serviços de saúde municipais (69,6%), sabe que há algo ou alguém que os oriente sobre a organização dos serviços (65,2%) e acredita que os profissionais de saúde são a referência para orientações na rede de atenção à saúde (66,9%).

Quanto à satisfação com o atendimento oferecido, 60,9% dos usuários afirma que faria alguma reclamação caso fosse necessário. Em relação ao conhecimento sobre direito à saúde, 95,7% não conhece a Carta do Direito dos Usuários da Saúde, 95,7% tem conhecimento da garantia do direito à saúde na Constituição e os gestores foram os mais citados como responsáveis pela organização dos serviços de saúde, na opinião dos usuários. As respostas dos usuários sobre controle social em saúde, satisfação e conhecimento em relação à rede de atenção e direito à saúde estão sintetizadas na **Tabela 2**.

Tabela 2. Controle social em saúde; conhecimento e satisfação dos usuários em relação à rede de atenção; e conhecimento sobre direito à saúde. Arcoverde, 2019. (continua)

	n	%
Controle Social em Saúde		
Participa de alguma organização social em seu bairro?		
Sim	06	26,1

Não	17	73,9
Participa de qual organização social?		
Associação de bairro	01	16,7
Grupos de igreja	04	66,6
Outros	01	16,7
Sabe o que é Conselho Municipal de Saúde?		
Sim	07	30,4
Não	16	69,6
Sabe qual a função do Conselho Municipal de Saúde?		
Não sabe a função	20	87,0
Não soube informar corretamente	02	8,7
Conhece a função	01	4,3
Sabe como participar do Conselho Municipal de Saúde?		
Sim	01	4,3
Não	22	95,7
Participa do Conselho Municipal de Saúde?		
Não	23	100
Sim	0	0
Conhecimento sobre o atendimento odontológico dos usuários		
Sabe como conseguir vaga para o tratamento?		
Sim	20	87
Não	03	13
Como conseguir vaga para o tratamento?		
Agendamento	01	5,0
Visita à unidade de saúde	19	95,0
Como conseguiu vaga para o tratamento atual?		
Agendamento	01	4,3
Através de profissional da unidade	01	4,3
Encaixe	01	4,3
Visita à unidade de saúde	19	82,8
Não informou	01	4,3
O que teria feito caso não conseguisse o tratamento?		
Buscaria outra UBSF	01	4,3
Conversaria com a ACS para orientação	01	4,3
Procuraria serviço particular	09	39,1

Reclamação na própria unidade	01	4,3
Retornaria para casa	02	8,7
Tentaria outro dia	08	34,8
Não informou	01	4,3
Conhece outro local de atendimento gratuito?		
Sim	10	43,5
Não	12	52,2
Não informou	01	4,3
Qual local oferece também atendimento gratuito?		
Outras UBSFs	02	20,0
Centro de Especialidades Odontológicas	05	50,0
Hospital Regional do município	01	10,0
Não soube informar	01	10,0
Universidade local	01	10,0
Em caso de necessidade de tratamento urgente, onde iria?		
Hospital Regional do município	02	8,7
Não procuraria o serviço	01	4,3
Serviço particular	05	21,7
UBSF	14	60,9
UPA	01	4,3
Caso não conseguisse atendimento pelo SUS, o que faria?		
Aguardaria	02	8,6
Faria automedicação	06	26,1
Procuraria serviço particular	12	52,2
Questionaria	01	4,3
Tentaria outra unidade de saúde	01	4,3
Não informou	01	4,3
Sabe quem financia o tratamento oferecido pelo SUS?		
Sim	15	65,2
Não	08	34,8
Quem financia o tratamento oferecido pelo SUS?		
Governo	06	40,0
Impostos da população	08	53,3
O próprio SUS	01	6,7
Sabe o que é Atenção Primária, Secundária e Terciária de Saúde?		
Sim	02	8,7
Não	21	91,3

O que é Atenção Primária, Secundária e Terciária de Saúde?		
Não soube informar	01	50,0
Soube responder	01	50,0
Sabe quais serviços odontológicos o município de Arcoverde dispõe pelo SUS?		
Sim	08	34,8
Não	15	65,2
Quais serviços odontológicos o município de Arcoverde dispõe pelo SUS?		
CEO		
UBSFs	01	12,5
UBSFs e CEO	01	12,5
Não soube informar	05	62,5
	01	12,5
Sabe como funciona referência entre os níveis primário e secundário?		
Sim		
Não	03	13,0
	20	87,0
Como funciona a referência entre os níveis primário e secundário?		
Através de encaminhamento		
Regulação do Estado	02	66,7
	01	33,3
Sabe como funciona a marcação de consulta entre os níveis primário e secundário?		
Sim	09	39,1
Não	14	60,9
Como funciona a marcação de consulta entre os níveis primário e secundário?		
Através de encaminhamento	02	22,2
Presencialmente	04	44,5
Regulação do estado	01	11,1
Através da Secretaria Municipal de Saúde	01	11,1
Através de situações de urgência	01	11,1
Você possui dificuldades em entender a organização do serviço?		
Sim		
Não	07	30,4
	16	69,6

Quais são as dificuldades?		
Sobre atendimento pediátrico	01	14,2
Sobre encaminhamentos	01	14,2
Não soube informar	02	28,6
Sobre operação do sistema	01	14,2
Sobre tudo	01	14,2
Não informou	01	14,2
Há algo ou alguém que o oriente no serviço?		
Sim	15	65,2
Não	08	34,8
O que ou quem o orienta no serviço?		
Internet	01	6,6
Material educativo	01	6,6
Parentes	02	13,3
Profissionais da unidade de saúde	10	66,9
Secretaria Municipal de Saúde	01	6,6
Satisfação com o atendimento		
Se houve insatisfação com o serviço oferecido, você faria alguma reclamação?		
Sim	14	60,9
Não	09	39,1
Se não, porque?		
Não há vontade de reclamar	05	55,6
Não sabe onde fazer a reclamação	04	44,4
Onde faria a reclamação se houver insatisfação?		
Conselho Municipal de Saúde	01	4,3
Na própria unidade	02	8,6
Não sabe onde reclamar	07	30,6
Ouvidoria do SUS	01	4,3
Redes sociais	01	4,3
Secretaria Municipal de Saúde	11	47,9
Conhecimento do direito à saúde		
Conhece a Carta do Direito dos Usuários da Saúde?		
Sim	01	4,3
Não	22	95,7

Você tem conhecimento de que a Constituição Brasileira afirma que a saúde é um direito de todo cidadão brasileiro, e que é dever o estado cumprir com esse direito, inclusive destinando verbas específicas para isso?		
Sim	22	95,7
Não	01	4,3
Quem você considera responsável(is) para que o atendimento na rede ocorra de forma organizada? (Quantidade de vezes citados)		
Usuário	16	36,4
Profissional da Assistência	10	22,7
Gestor	18	40,9

Fonte: Elaboração própria. (conclusão)

Em relação ao perfil dos profissionais da assistência, a maioria mostrou-se ser do gênero feminino (75%), com idade entre 30 a 39 anos (58,3%), casados (60,4%), formados em instituições privadas (52,1%), estatutários (81,3%) e com tempo de atuação no serviço entre um e cinco anos (números abaixo de 10 devem ser escritos por extenso) (54,2%). A maioria dos cirurgiões-dentistas (81,8%) relatou possuir pós-graduação. A **Tabela 3** apresenta o perfil sociodemográfico destes profissionais participantes da pesquisa.

Tabela 3. Perfil sociodemográfico dos profissionais da assistência. Arcoverde, 2019. (continua)

Características	n	%
Gênero		
Feminino	36	75,0
Masculino	12	25,0
Idade		
Entre 18 e 29 anos	05	10,4
Entre 30 e 39 anos	28	58,3
Entre 40 e 49 anos	12	25,0
Entre 50 e 59 anos	01	2,1
Entre 60 e 69 anos	02	4,2
Raça/cor		
Pardos	23	47,8
Pretos	03	6,3
Branco	20	41,7
Amarelos	02	4,2
Indígenas	0	0
Estado Civil		

Solteiros	13	27,2
Casados	29	60,4
Separados	05	10,4
Não informou	01	2,1
Escola de formação		
Privada	25	52,1
Pública	15	37,5
Não informou	08	10,4
Presença de pós-graduação entre os cirurgiões-dentistas		
Sim	18	81,8
Não	04	18,2
Tipo de vínculo com o serviço		
Estatutário	39	81,3
Contrato temporário	06	12,5
Não informou	03	6,2
Tempo de atuação profissional		
Menos de 1 ano	02	4,2
Entre 1 e 5 anos	12	25,0
Entre 6 e 10 anos	18	37,4
Entre 11 e 15 anos	07	14,6
Mais de 16 anos	09	18,8
Tempo de vínculo com o serviço		
Menos de 1 ano	05	10,4
Entre 1 e 5 anos	26	54,2
Entre 6 e 10 anos	11	22,9
Entre 11 e 15 anos	03	6,3
Mais de 16 anos	03	6,3

Fonte: Elaboração própria, 2019. (conclusão)

Quanto à participação no Conselho Municipal de Saúde, a maioria dos profissionais relatou não participar deste (81,1%), possui conhecimento sobre o que é modelo de atenção à saúde (62,5%), compreende o fluxo de referência e contrarreferência municipal (81,2%) e possui a conduta de encaminhar o paciente quando há necessidade de referenciá-lo (88%).

Sobre a organização da rede de atenção odontológica municipal, a maioria dos profissionais (87,5%) afirmou entender plenamente como funciona a sua organização e 70,8% relatou que já recebeu alguma formação sobre a organização sobre tal. Os gestores foram apontados pelos profissionais como os responsáveis pela organização da rede.

Na **Tabela 4**, tem-se os resultados em relação ao conhecimento dos profissionais sobre a rede de atenção à saúde bucal.

Tabela 4. Conhecimento sobre a rede de atenção à saúde bucal pelos profissionais. Arcoverde, 2019.
(continua)

	n	%
Você participa do Conselho Municipal de Saúde?		
Sim	09	18,8
Não	39	81,2
Você sabe o que é modelo de atenção à saúde?		
Sim	30	62,5
Não	18	37,5
Você entende plenamente como funciona o fluxo de referência e contrarreferência do município de Arcoverde?		
Sim	39	81,2
Não	09	18,8
Você sabe como funciona a referência entre os níveis primário e secundário de saúde?		
Sim	32	66,7
Não	08	16,7
Não souberam informar corretamente	08	16,7
Como funciona a referência entre os níveis primário e secundário de saúde?		
Atendimento nas UBSFs	01	2,1
Encaminhamento	32	66,6
Não soube informar	13	27,1
Referência e contrarreferência	02	4,2
Qual a sua conduta quando há necessidade de referenciar algum paciente?		
Acolhimento	04	8,0
Encaminhamento	42	88,0
Não informaram	02	4,0
Você sabe quais os serviços odontológicos que o município de Arcoverde dispõe?		
Sim	48	100
Você sabe quais os serviços odontológicos que o município de Arcoverde dispõe na atenção primária, secundária e terciária?		
	42	87,5

Sim	06	12,5
Não		
Você sabe como funciona a marcação de consultas entre os níveis primário e secundário de saúde?		
Sim	42	87,5
Não	06	12,5
Você possui dificuldade em entender como funciona a organização dos serviços de saúde?		
Sim	06	12,5
Não	42	87,5
Há algo ou alguém que trabalhe no município na orientação dos usuários quanto a organização dos serviços de saúde?		
Sim	31	64,6
Não	17	35,4
Você já recebeu alguma formação sobre a organização da rede de atenção odontológica do município?		
Sim	34	70,8
Não	14	29,2
Quem você considera responsável(is) para que o atendimento na rede ocorra de forma organizada? (Quantidade de vezes citados)		
Usuário		
Profissional da Assistência	26	25,2
Gestor	36	35,0
	41	39,8

Fonte: Elaboração própria. (conclusão)

DISCUSSÃO

O perfil encontrado entre os usuários dos serviços de saúde do SUS, por vezes usuários dos serviços odontológicos, se assemelha ao identificado por outros estudos similares. Em relação ao gênero dos usuários, há predominância feminina^{8,13-17}. Nascimento, Weber e Silva¹⁸ apontam que a maior utilização dos serviços odontológicos por mulheres é explicada pelo fato de haver variações no perfil de necessidades entre os gêneros, além de haver também um maior interesse pelas mulheres em relação à saúde.

Como também evidenciado por alguns estudos^{8,13,16,17,19,20}, houve predomínio de usuários com nível de escolaridade médio e baixa renda. Esse perfil é adverso para a

participação destes nas ações e serviços de saúde, pela dificuldade em compreender o que é pertinente ao seu interesse⁸. A redução das desigualdades socioeconômicas é um caminho para proporcionar um maior acesso aos serviços odontológicos em populações como esta²¹, visto que este é o perfil de usuário que mais depende da assistência à saúde prestada pelo SUS¹⁶.

Os usuários participantes da pesquisa caracterizam-se por um poder baixo de controle social em saúde. A não participação dos usuários em organizações sociais, vai de encontro com a literatura⁸. Moimaz et al¹³ também verificaram baixa participação dos usuários e conhecimento sobre os CMS.

A percepção dos usuários é de extrema importância ao se dimensionar o reflexo das ações do setor saúde¹³ e serve como ferramenta de avaliação dos serviços de saúde¹⁷. O alto nível de conhecimento dos usuários sobre como conseguir uma vaga para realizar tratamento odontológico no SUS encontra-se relatado na literatura⁸.

A organização dos fluxos de atendimento e de demanda que desrespeita os princípios do SUS e da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) pode criar barreiras no acesso ao atendimento odontológico, levando os usuários a não conhecer a organização e o funcionamento dos serviços de saúde bucal²⁰. O presente estudo encontrou entraves que impedem o pleno desenvolvimento do acesso aos serviços odontológicos. Questões como a falta de acesso a informações sobre a oferta dos serviços odontológicos, limitações intrínsecas e dificuldades organizacionais dos serviços públicos de saúde motivam os usuários a procurar o setor privado^{17,20}.

A grande evasão de usuários que não conseguem vaga para tratamento para o setor privado, sugere a hipótese de que os participantes da pesquisa são inertes em relação à melhoria do serviço. Uma vez que os mesmos procuram outro serviço que não o SUS, antes de buscar por uma solução no próprio, mostra que os usuários são indiferentes na luta pelo sistema. Também hipotetiza-se que a evasão dos usuários pode evidenciar imensas barreiras de acesso ao serviço, como a falta de financiamento do próprio sistema que acaba por dificultar a inserção do usuário.

A comunicação entre usuários e profissionais de saúde identificada nesse estudo demonstrou-se positiva, visto que para os usuários, os profissionais das unidades de saúde são a referência para esclarecimento de quaisquer dúvidas que possam surgir. O relato dos entrevistados de que fariam alguma reclamação caso houvesse insatisfação com o serviço de

saúde reforça a interpretação de que existem canais de comunicação bem estabelecidos. Apesar disso, é preciso que esses canais sejam divulgados e seu uso estimulado. Alguns dos motivos para a não realização de reclamações, são a falta de vontade de reclamar e o desconhecimento de onde fazer a reclamação, motivos semelhantes aos encontrados no estudo de Coelho et al⁸.

No estudo de Moimaz et al¹⁶, uma grande parcela (76%) dos usuários entrevistados relatou não saber onde realizar reclamações sobre os serviços de saúde do SUS, motivo também relatado por parte dos usuários participantes desta pesquisa. Também foi identificado o desconhecimento da população sobre o sistema de ouvidoria pública de saúde. Esse cenário caracteriza a necessidade de implementação de canais de ouvidoria e sua ampla divulgação junto à comunidade.

Identificar o perfil dos profissionais de saúde é necessário para os processos de elaboração, monitoramento e avaliação das políticas públicas²². O predomínio do gênero feminino criando o fenômeno de “feminilização da odontologia”, o estado civil casado, o tempo de vínculo pequeno e o tempo de formação profissional de aproximadamente uma década aqui verificados também estão descritos na literatura²²⁻²⁵.

Já quanto ao tipo de instituição de graduação dos cirurgiões-dentistas, a literatura é divergente. O estudo de Vilalba, Madureira e Barros²³ realizado em um município da região Sudeste do Brasil mostrou que a maioria desses profissionais se forma em instituições privadas, ao passo que o estudo de Souza Filho, Moritz e Sabino²⁵ realizado em um município do Sul do Brasil, concorda com os resultados aqui encontrados e trazem a maioria desses profissionais formados em instituições públicas. O relato da maioria dos cirurgiões-dentistas em possuir pós-graduação é encontrado na literatura, sendo também a especialização o tipo mais frequente²²⁻²⁴.

Um caminho que pode levar à qualificação da compreensão e atuação dos cirurgiões-dentistas da rede é a aproximação entre as políticas de saúde e o papel do profissional nessas políticas²³. A baixa participação no CMS demonstra uma deficiência desses profissionais em exercer adequadamente suas habilidades e competências, visto que este é uma das mudanças ocorridas no SUS em relação à atuação do cirurgião-dentista²⁴.

A participação nos conselhos de saúde, de forma geral, entre todos os atores envolvidos com o SUS, é de fundamental importância para a sua consolidação. As discussões sobre os problemas envolvendo o Sistema são enriquecidas quando agregam diferentes pontos

de vista, ainda mais quando envolvem as falas de quem lida diretamente com os serviços, como os profissionais envolvidos na assistência e usuários. A não participação nesses espaços compromete a consolidação da saúde pública no País.

O encaminhamento adequado dos usuários, adotado pela maioria dos profissionais participantes da pesquisa, otimiza o processo de referência e contrarreferência entre os níveis de atenção, contribuindo para a integralidade da atenção à saúde dos indivíduos²⁶. Além disso, a aproximação comunicativa entre profissionais e usuários torna-se um fator de integração e favorece o conhecimento sobre os serviços de saúde bucal ofertados¹⁷.

Dentre as queixas de usuários relatadas na literatura, destaca-se a necessidade de uma melhor organização dos serviços de saúde¹³. A baixa satisfação, tanto de profissionais quanto de usuários, sobre a organização do serviço público odontológico é relatada na literatura²⁷. As demandas expressas pelos profissionais desse estudo, são semelhantes às citadas na literatura²³, e vão desde demandas por condições melhores de trabalho, quanto para qualificação profissional do trabalho em saúde.

A gestão da saúde possui papel fundamental na estruturação de toda a rede de saúde bucal. Neste estudo, usuários e profissionais identificam os gestores como protagonistas na organização da rede. Assim, cabe aos profissionais que assumem esses papéis a responsabilidade de implementar ferramentas de organização que facilitem o acesso dos usuários e a prestação do cuidado integral pelos profissionais, além de promover a divulgação da estrutura ofertada.

A organização dos serviços e práticas de saúde deve tomar como base para sua orientação, a percepção de todos os sujeitos envolvidos no processo²⁸. Bordin et al.²⁷ destaca a importância da gestão em agregar a percepção de outros grupos de profissionais e de usuários no planejamento dos serviços odontológicos, pois dessa forma haverão diferentes pontos de vista, ampliando a uma percepção de direitos e deveres de cidadania, levando a melhoria nos serviços.

Nesta pesquisa, tanto usuários como profissionais demonstraram não entender plenamente como funciona toda a organização da rede de atenção à saúde bucal, reforçando a responsabilidade sobre a atuação da gestão, visto que usuários e profissionais tomam os gestores como referência para orientação e direcionamento dos serviços de saúde. Os resultados aqui apresentados são de grande valia para reforçar a necessidade de divulgação do processo organizacional da rede de atenção odontológica. A apropriação da população sobre

esta temática, facilita o seu acesso aos serviços de saúde e garante o exercício de sua cidadania, ao passo que para os profissionais, o processo de trabalho é otimizado.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem aos gestores, profissionais e usuários que compõem a rede municipal de atenção odontológica de Arcoverde – PE por todo o apoio no desenvolvimento desse estudo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
2. Silva, ALM, Millnitz M. A concepção dos usuários do SUS sobre seus direitos. 2009. 62f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Curso de Graduação em Enfermagem. Universidade do Vale do Itajaí, Centro de Educação Bigaçu. Bigaçu/SC, 2009.
3. Moura LM, Shimizu HE. Representações sociais de conselheiros de saúde acerca do direito à saúde e da cidadania. *Rev Gaúcha Enferm.*, v. 37, 2016.
4. Sturza JM, Costa MMM. O direito à saúde enquanto elemento fundamental da dignidade humana: pressupostos de efetividade e exigibilidade. *Revista do Curso de Direito da FSG*, v. 4, n. 7, p. 71-83, 2010.
5. Garbois JA, Vargas LA, Cunha FTS. O direito à saúde na estratégia saúde da família: uma reflexão necessária. *PHYSIS: revista de saúde coletiva*, v. 18, n. 1, p. 27-44, 2008.
6. Paula PAB, Alves TNP, Vieira RCPA, Souza AIS. Política de medicamentos: da universalidade de direitos aos limites da operacionalidade. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v.19, n. 4, p. 1111-1125, 2009.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção em Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Págs. 11 e 12. Brasília. 2006a.
8. Coelho JM, Frauches MB, Rodrigues SM, Almeida TS, Fernandes ETP. Direitos relativos ao atendimento odontológico: a visão dos usuários da estratégia de saúde da família. *Arq Odontol*, Belo Horizonte, v. 51, n. 4, p. 186-193, out/dez, 2015.
9. Silva AX, Cruz EA, Melo V. A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n.3, p. 683-688, 2007.
10. Coelho JS. Construindo a participação social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. *Saúde Soc*, v. 21, p. 138-151, 2012.
11. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública*, v. 20, n. 2, p. 190-198, 2004
12. Lanzoni GMM, Lino MM, Schweitzer MC, Albuquerque GL. Direitos dos usuários da saúde: estratégias para empoderar agentes comunitários de saúde e comunidade. *Rev. Rene. Fortaleza*, v. 10, n. 4, p. 145-154, out./dez.2009.
13. Moimaz SAS, Marques JAM, Saliba O, Garbin CAS, Zina LG, Saliba NA. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1419-1440, 2010.
14. Cavalcanti YW, Barbosa AS, Almeida LFD, Padilha WWN. Avaliação de usuários da Atenção Básica sobre a implantação de Protocolo de Assistência Integral Odontológica. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, João Pessoa, v. 12, n. 3, p. 405-12, jul./set., 2012.
15. Miotto MHMB, Santos LR, Farias CML. Absenteísmo de usuários às consultas odontológicas em uma unidade de saúde da família. *Rev Bras Pesq Saúde*, Vitória, v. 17, n. 4, p. 121-128, out-dez, 2015.

16. Moimaz SAS, Rós DT, Rovida TAS, Garbin CAS. O cidadão usuário do serviço odontológico do Sistema Único de Saúde sabe onde reclamar? O controle social na saúde. *J Health Sci Inst.* 2015;33(4):323-7.
17. Solano MP, Bulgarelli PT, Santos CM, Mestriner SF, Mestriner Júnior W, Lago LPM et al. Utilização de serviços de saúde bucal na Atenção Primária: perspectivas dos usuários do SUS de um município do sul do Brasil. *Revista Ciência Plural.* 2017;3(3):81-92.
18. Nascimento GG, Weber CM, Silva DDF. Perfil de Utilização dos Serviços Odontológicos na Atenção Primária à Saúde: Experiência de Duas Unidades de Saúde do Município de Porto Alegre – Rio Grande do Sul. *Rev Fac Odontol. Porto Alegre,* v. 52, n1/3, p. 19-24, jan./dez. 2011.
19. Fonseca LLV, Nehmy RMQ, Mota JAC. O valor social dos dentes e o acesso aos serviços odontológicos. *Ciência & Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3129-3138, 2015.
20. Warkentin PF, Buffon MCM, Rocha JS, Ditterich RG. Organização da atenção na saúde bucal em um município da Região Metropolitana de Curitiba: percepção do usuário. *Rev APS.* 2017 abr/jun;20(2):212-220.
21. Fonsesa EP, Fonseca SGO, Meneghim MC. Análise do acesso aos serviços odontológicos públicos no Brasil. *ABCS Health Sci.* 2017;42(2):85-92.
22. Moraes LB, Kligerman DC, Cohen SC. Análise do perfil sociodemográfico e do processo de trabalho do cirurgião-dentista inserido no Programa de Saúde da Família em três municípios da região serrana do Estado do Rio de Janeiro. *Revista de Saúde Coletiva.* 2015;25(1):171-186.
23. Vilalba JP, Madureira PR, Barros NF. Perfil profissional do cirurgião-dentista para atuação no Sistema Único de Saúde (SUS). *Rev Inst Ciên Saúde,* v. 27, n. 3, p. 262-268, 2009.
24. Coelho MQ, Costa SM, Martelli DRB, Junior Martelli H, Bonan PRF, Francly S. A Odontologia no contexto do Sistema Único de Saúde de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Arq Odontol.* 2011;47(2):65-72.
25. Souza Filho NMS, Moritz G, Sabino MMFL. O impacto da atuação do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde (SUS). *Coleção Gestão da Saúde Pública.* 2013;12:135-53.
26. Souza GC, Lopes MLDS, Roncalli AG, Medeiros Júnior A, Costa ICC. Referência e contra referência em saúde bucal: regulação do acesso aos centros de especialidades odontológicas. *Rev. Salud publica,* v. 17, n. 3, p. 416-428, 2015.
27. Bordin D, Fadel CB, Moimaz SAS, Garbin CAS, Saliba NA. Estudo comparativo da satisfação de usuários e profissionais da saúde com o serviço público odontológico. *Ciências & Saúde Coletiva.* 2017;22(1):151-160.
28. Bordin D, Fadel CB, Moimaz SAS, Garbin CAS, Saliba NA. Considerações de profissionais e usuários sobre o serviço público odontológico: um aporte para o planejamento em saúde. *Rev APS.* 2016 abr/jun;19(2):221-229.

Reflexões dos Agentes de Combate as Endemias sobre a Formação em Abordagem Eco-Bio-Social: Inovação na Prática de Controle Vetorial*

REFLECTIONS BY AGENTS TO COMBAT ENDEMIES ON TRAINING IN ECO-BIO-SOCIAL APPROACH: INNOVATION IN VECTORIAL CONTROL PRACTICE

REFLEXIONES DE LOS AGENTES PARA COMBATIR LOS ENEMIGOS EN LA FORMACIÓN EN EL ENFOQUE ECO-BIO-SOCIAL: INNOVACIÓN EN LA PRÁCTICA DE CONTROL VECTORIAL

Renata Borges de Vasconcelos,

Kellyanne Abreu Silva,

Helida Melo Conrado Fernandes,

Maria Rocineide Ferreira da Silva,

Antonio Rodrigues Ferreira Júnior,

Andrea Caprara

RESUMO: As arboviroses dengue, chikungunya e zika têm levantado questionamentos em torno dos métodos utilizados para o controle do *Aedes aegypti* pelos agentes de combate às endemias (ACE), demandando investimento em formação com enfoque em estratégias inovadoras para o controle do vetor. Objetivou-se analisar as reflexões dos agentes de combate as endemias sobre a inovação na prática de controle vetorial. Pesquisa realizada em Fortaleza, Ceará, em 2018, com 20 ACE, por meio de entrevistas individuais semiestruturadas. As falas foram gravadas e analisadas mediante a análise temática. A formação trouxe conhecimentos novos, e atualizações sobre o vetor desconhecidos por eles. Despertou os ACE para o envolvimento social e para o trabalho em equipe. Eles acreditam ser possível implementar a abordagem EBS na sua rotina de controle do *Aedes aegypti*. Faz-se necessário que as agências governamentais municipais formem os ACE de maneira a prepará-los para realizar práticas educativas e ambientalmente sustentáveis efetivas junto à população, tendo em vista que o conhecimento associado a ação se faz condição necessária para a introdução de ações EBS no campo prático de controle do *Aedes aegypti*.

Palavras-Chave: Controle vetorial, Arboviroses, Formação profissional, Agente de combate às Endemias.

ABSTRACT: The dengue, chikungunya and zika arboviruses have raised questions about the methods used to control *Aedes aegypti* by agents to combat endemic diseases (ACE), requiring investment in training with a focus on innovative strategies for vector control. The objective was to analyze the reflections of agents to combat endemics on innovation in the practice of vector control. Research conducted in Fortaleza, Ceará, in 2018, with 20 ACE, through semi-structured individual interviews. The statements were recorded and analyzed by means of thematic analysis. The training brought new knowledge, and updates on the vector unknown to them. It awoke the ACE to social involvement and teamwork. They believe it is possible to implement the EBS approach in their *Aedes aegypti* control routine. It is necessary that the municipal government agencies form the ACE in order to prepare them to carry out effective educational and environmentally sustainable practices with the population, considering that the knowledge associated with the action is a necessary condition for the introduction of EBS actions in the practical field of control of *Aedes aegypti*.

Key Words: Vector control, Arbovirus infections, Professional Training, Endemic Diseases.

RESUMÉN: Los arbovirus del dengue, el chikungunya y el zika han planteado preguntas sobre los métodos utilizados para controlar el *Aedes aegypti* por los agentes para combatir las enfermedades endémicas (ACE), lo que requiere una inversión en capacitación con un enfoque en estrategias innovadoras para el control de vectores. El objetivo fue analizar las reflexiones de los agentes para combatir las endémicas sobre la innovación en la práctica del control de vectores. Investigación realizada en Fortaleza, Ceará, en 2018, con 20 ACE, a través de entrevistas individuales semiestructuradas. Las declaraciones fueron registradas y analizadas mediante análisis temático. La capacitación trajo nuevos conocimientos y actualizaciones sobre el vector desconocido para ellos. Despertó a ACE con la participación social y el trabajo en equipo. Creen que es posible implementar el enfoque EBS en su rutina de control *Aedes aegypti*. Es necesario que las agencias del gobierno municipal formen el ACE para prepararlas para llevar a cabo prácticas educativas y ambientalmente sostenibles efectivas con la población, considerando que el conocimiento asociado con la acción es una condición necesaria para la introducción de acciones de EBS en el Campo práctico de control de *Aedes aegypti*.

Palabras clave: Control vectorial, infecciones por Arbovirus, capacitación profesional, Agente para luchar contra las endémicas.

*Extraído da dissertação de mestrado intitulada “O PRAZER DE CONHECER E QUE FEZ UM NOVO RAIOS DE SOL BRILHAR EM NOSSO AMANHECER”: os sentidos atribuídos a formação eco-bio-social para o controle do *Aedes aegypti*. Apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará – UECE em 2019.

INTRODUÇÃO

As arboviroses Dengue, Zika e Chikungunya transmitidas pelo *Aedes aegypti* são consideradas uma das principais causas de problema de saúde global. A sua complexidade e impacto na saúde das pessoas têm levantado preocupação e levado as agências governamentais mundiais a repensar formas de controlar o vetor, tendo em vista o impacto social e econômico para os sistemas públicos de saúde. ¹

Com o ressurgimento da dengue e a introdução da Zika e Chikungunya no cenário atual brasileiro, o Ministério da Saúde (MS) é movido a planejar novas estratégias de contenção do *Aedes aegypti* efetivas, participativas, intersetoriais e que tragam respostas para o controle do vetor, tendo em vista que as ações desenvolvidas até o momento não foram capazes de controlar a disseminação do mosquito, implicando em episódios ininterruptos de surtos. ²

O aumento da densidade do vetor, principalmente nas cidades do nordeste brasileiro, região com condições ecológicas, biológicas, sociais econômicas, culturais e políticas de vulnerabilidade para a sua proliferação, reafirma a falência do sistema de controle vetorial do país. ³

Utilizar a pulverização de inseticidas, principal ação implementada para enfrentamento de surtos e epidemias de arboviroses, revelou-se ineficiente. Unir esforços para trabalhar os determinantes sociais de saúde que expõe as pessoas ao adoecimento pelos arbovírus deve constituir em iniciativa do governo para a promoção da saúde.⁴ Repensar os modelos tradicionais de combate ao *Aedes aegypti*, pautados predominantemente no uso de produtos químicos e na prática individual do Agente de Combate as Endemias (ACE) se torna urgente.

Os ACE são trabalhadores da saúde integrantes das equipes de zoonoses em todo território nacional, a eles é atribuída a tarefa de agir no controle de várias doenças transmitidas por vetores, o que exige uma multiplicidade de conhecimento para atuarem com qualidade e êxito.⁵ Tal fato traz implicações no contexto da formação profissional, uma vez que se desejam mudanças nas práticas atuais de controle do vetor é preciso ressignificar o contexto da formação dos ACE para que um novo olhar acerca da complexidade da tríplice infecção aconteça no Brasil.⁶

A Eco-Bio-Social (EBS) se constitui numa abordagem ecossistêmica, um campo atual de conhecimento e práticas inovadoras⁷, que é recomendada pela Organização

Pan-americana de Saúde (OPAS) como uma estratégia integrativa de controle de vetor ⁸, de baixo custo ⁹, a ser incluída no Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD). Reúne seis princípios: Transdisciplinaridade, Pensamento Sistêmico, sustentabilidade, Equidade social e de gênero, participação social e conhecimento para ação; que defende práticas mecânicas de controle do mosquito desencorajando o uso de produtos químicos que agridem o meio ambiente e a saúde humana. ¹⁰

O conhecimento para ação está inserido na área estratégica Educação e Formação, em que pessoas de diferentes níveis acadêmicos e sociais deverão contribuir para a construção de conhecimentos no campo da ecosaude a fim de que, a abordagem EBS possa ser aplicada, apoiada pela gestão e fortalecida junto à comunidade. ⁷

A atuação do ACE exige conhecimento teórico e prático contínuo e de qualidade para que atuem no controle do vetor eliminando criadouros e focos do mosquito, envolvendo a população por meio de práticas educativas, participativas e colaborativas que promovem o cuidado com o domicílio e o meio ambiente, unindo assim esforços para controlar as arboviroses e promover a saúde. ¹¹

Há baixa oferta de cursos de formação inicial para os ACE, o que exige das autoridades governamentais políticas de formação para a atuação da categoria no controle do *aedes aegypti* ⁵, haja vista a complexidade das arboviroses e a possibilidade da introdução de novas tecnologias para o controle do vetor.

Diante desse contexto, objetivou-se analisar as reflexões dos agentes de combate as endemias sobre a inovação na prática de controle vetorial. Espera-se contribuir para reflexões e práticas com enfoque em abordagens ecossistêmicas, que tragam respostas para o controle do *Aedes aegypti*.

DESENVOLVIMENTO

Estudo descritivo, exploratório, qualitativo com enfoque na interpretação dos discursos, construção de saberes e transformação de práticas por meio da inter-relação entre atores sociais. ¹²

Realizado em Fortaleza, Ceará, em quatro áreas delimitadas de bairros distintos com históricos de maior incidência de dengue e chikungunya. Os participantes foram 20 ACE, servidores públicos municipais que atuam no controle do *Aedes aegypti*. No momento do estudo, realizavam as ações entomológicas da pesquisa “Ampliação de Intervenções

Inovadoras e Vigilância para prevenir e controlar as doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti*”.

A pesquisa desenvolveu e ofertou um curso de formação para os ACE intitulado “Controle do *Aedes aegypti* através da abordagem Eco-Bio-Social”, pautado nos princípios norteadores da EBS, fomentou discussões para que os sujeitos pudessem desenvolver baseado em suas experiências no campo da prática profissional, novas perspectivas de controle do vetor a partir de uma abordagem educativa, participativa e sustentável.

Como critério de inclusão, os ACE tiveram que participar do curso ofertado pelos pesquisadores no período de junho a julho de 2018. A coleta de informações ocorreu de junho a agosto de 2018, a partir de entrevistas individuais semiestruturadas guiadas pelos seguintes tópicos: a) Importância e contribuições da formação para a prática de controle do vetor *Aedes aegypti*; b) Conhecimentos relevantes, novos aspectos e aplicabilidade da abordagem EBS para o controle vetorial; c) Importância e resultados esperados da formação para o controle do vetor a partir da abordagem EBS.

As entrevistas foram agendadas conforme conveniência dos participantes e gravadas por meio do mini gravador Sony ICD - PX 240. Ocorreram nos pontos de apoio (PA) dos distritos de endemias, situados nos territórios de trabalho dos participantes.

A organização das informações se deu mediante a análise temática de Bardin segundo as fases: 1) leitura flutuante, 2) constituição do corpus, 3) exploração do material (busca de semelhanças e contradições nas falas), 4) tratamento e interpretação das informações (construção das categorias e discussão dos resultados).¹³ A fundamentação teórica baseou-se na Abordagem Eco-bio-social.¹⁴

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE) mediante o parecer, n.º 2.248.326. Utilizou-se um código alfanumérico para manter o anonimato dos participantes, com a sigla ACE seguida de números arábicos em ordem crescente.

RESULTADOS

As idades dos participantes situaram-se na média de 44 anos, sendo a menor idade 34 e a maior 57 anos. O tempo de trabalho foi em média de 16,5 anos, o menor tempo de atuação foi de nove anos e o maior de 24 anos. Os ACE são predominantemente do sexo masculino (18) com escolaridade referente ao ensino médio completo (18). Grande parte deles (14)

relatou nunca ter participado de uma formação que os preparassem para atuar no controle do *Aedes aegypti*.

Os discursos foram explorados e organizados em categorias, a partir da interpretação das falas dos participantes ao expressarem acerca da inovação na prática de controle vetorial a partir do referencial da abordagem eco-bio-social.

INOVAÇÃO NA PRÁTICA DE CONTROLE VETORIAL A PARTIR DO REFERENCIAL DA ABORDAGEM ECO-BIO-SOCIAL

Os ACE mencionaram que a formação EBS trouxe novos conhecimentos e práticas para o controle do *Aedes aegypti*, a partir da integração de atividades que envolvem a participação da comunidade, parcerias intersetoriais e ações de proteção aos ambientes naturais: *O novo para mim é que há uma tendência para que as coisas aconteçam sem estar agredindo o meio ambiente, como vem sendo feito de muito em muito tempo. Nós podemos fazer algo diferente sem ter que de ano em ano ta vendo epidemias e agredindo toda a natureza (ACE-11).*

O uso dos inseticidas é desencorajado pela abordagem EBS, tendo em vista que interfere na dinâmica natural dos ecossistemas e traz prejuízos para a saúde das pessoas. A sustentabilidade é compreendida por Charron *et al.*,¹⁴ como um princípio ecossistêmico capaz de trazer mudanças positivas globais no que tange a saúde humana, ela defende que as ações em saúde devem acontecer de maneira a proteger os sistemas naturais, o que vai de encontro as práticas atuais de controle de vetores no nosso país; as quais vem contribuindo com o aumento da capacidade de resistência do mosquito⁸, um dos fatores que marca a persistência das epidemias no país, já que temos uma política de controle do vetor que investe fortemente na aplicação de inseticidas nos domicílios.²

Precisa-se construir junto à sociedade uma cultura de cuidado com o ambiente, promovendo ambientes saudáveis na perspectiva da redução das desigualdades ambientais que determinam o adoecimento pelas arboviroses¹⁵, de maneira que a sustentabilidade ecológica e social se complementem, este é um ponto importante da abordagem EBS¹⁴. Os ACE enfatizaram que será preciso tempo para que as pessoas valorizem o controle mecânico e biológico em detrimento do uso do inseticida. A mudança de comportamento parte do diálogo a favor das práticas de educação em saúde, de valorização dos ecossistemas naturais, assim como também do interesse do poder público em adotar tecnologias inovadoras e

transdisciplinares que priorizam a participação social e a promoção da saúde ¹⁶, embora existam conflitos de interesse na busca pelo desenvolvimento da sustentabilidade, estratégias e ações transdisciplinares devem ser elaboradas e executadas junto as partes interessadas ¹⁴: *Porque a população em si já tá viciada, num ciclo vicioso da gente sempre ter que tratar a casa dela. Pessoal chama tratamento a gente jogar o veneno [larvicida]. “Vocês vão tratar alguma coisa aqui em casa? (ACE-4)*

A informação é elemento chave para o alcance de práticas promotoras de saúde na comunidade, sendo assim o princípio do Conhecimento para ação ressalta a importância da junção dos conhecimentos de todos os envolvidos no processo de construção de estratégias de ação, é o conhecimento que move idéias e transforma realidades a partir de diferentes experiências. Este princípio é de grande importância para a saúde pública porque abre oportunidades para que todos os envolvidos participem da construção e execuções de ações destinadas a um bem coletivo. ¹⁴

É por meio da informação que se torna possível trabalhar o empoderamento e o desenvolvimento de habilidades e atitudes individuais e coletivas favoráveis à saúde humana e aos ambientes.¹⁷ As reflexões realizadas a partir das informações trazidas pelos ACE vão reforçando o reconhecimento de um saber prévio que com o reconhecimento externo tende a fortalecer esses sujeitos co-gestores com a comunidade, devido potenciais transformações ocorridas.

A abordagem EBS busca agregar conhecimentos de diversos campos disciplinares na tentativa de alcançar o controle vetorial. A Transdisciplinaridade, a união de diversos conhecimentos, incluindo o conhecimento popular permite o surgimento de novos conhecimentos e teorias que convergem discussões em torno de problemas comuns, como é o caso das arboviroses dengue, zika, chikungunya ¹⁴: *A proposta de reunir e mobilizar diversos setores, nós profissionais, os agentes de saúde, a população, as pessoas responsáveis pela área. Formar um conjunto para atuar na solução de problemas como a dengue, a Zika e a Chikungunya (ACE-3).*

As bases da promoção da saúde defendem integrar diversas ações intersetoriais capazes de impactar políticas públicas de equidade em saúde que minimizem as desigualdades sociais, ambientais e econômicas entre as pessoas, a abordagem EBS cria uma rede complexa de atores sociais em prol da promoção da saúde. ^{14,4}

A formação despertou nos participantes a união e o trabalho em equipe, ela foi capaz de proporcionar um ambiente de troca de experiências e vivências reais de vida, um momento

de encontro, de permitir conhecer o outro, de valorizar o que cada um carrega e o que cada um pode ofertar de melhor para atuar no trabalho. O novo abre, porém, novos horizontes e possibilidades de transformação ¹⁸: *Por que a questão do controle do Aedes ele não inclui só o ACE, ele inclui o ACS, o mobilizador, despertou buscar mais. (...). Buscar juntar mais os profissionais para tentar resolver o problema do local (ACE-15).*

A formação EBS os despertou para a importância de uma educação transdisciplinar a qual valoriza a integração de conhecimentos e profissionais para a compreensão de ações em prol da promoção da saúde e do controle do *Aedes aegypti*. Essa transdisciplinaridade trazida pela abordagem EBS contribui com a compreensão ampliada do conceito de saúde ¹⁴ se fazendo necessária para o êxito nas ações de controle do vetor. ¹⁹

O ACE-18 relatou que a formação os aproximou dos ACS, já que o diálogo entre os ACE e os ACS não acontecia, embora compartilhem o mesmo território de trabalho: *Despertou em mim foi o trabalho em equipe. Porque assim, eu trabalho, mas eu nunca precisava dos ACS, eu nunca perguntava nada a eles, só se passava se falavam e hoje não, eu me encontro com os meninos aqui que também fizeram o curso, eles repassam as coisas pra mim.*

Estudo realizado por Souza *et al.*, ¹⁶ traz em seus resultados que os ACS não se envolvem nas atividades de educação em saúde para o controle das arboviroses, por acreditarem que não lhes cabe a responsabilidade de dialogar com a comunidade sobre a problemática. Este distanciamento é trazido por outro autor como uma fragmentação do objeto de trabalho construída socialmente. ²⁰

O envolvimento das pessoas sejam elas comunidade, profissionais de saúde, pesquisadores e gestores; e a forma como elas interagem são fundamentais para o desenho de um sistema complexo que compreende a dimensão de pensamentos sócio-culturais, ecológicos, econômicos e de governança necessários para o enfrentamento de um determinado problema. ¹⁴

Os agentes acreditam que o curso os capacitou para envolver a comunidade nas ações de controle do *aedes aegypti* e que a inovação do curso encontra-se nos conhecimentos sobre os princípios da abordagem EBS e na valorização da participação social e do profissional de saúde: *O que trouxe de inovador foi o conhecimento, a participação da população com a gente e a valorização do nosso trabalho, de olhar para a gente não como uma máquina de trabalho, mas olhar para a gente como ser humano (ACE-19).*

Basso *et al.*,²¹ demonstrou que a participação da comunidade assume um papel de destaque no controle do *Aedes aegypti*, partindo da eliminação de potenciais criadouros, tornou-se possível a queda do número de mosquitos a custo de baixo investimento financeiro. A sustentabilidade da participação nas ações de controle do vetor também foi alcançada.

A existência de ações integradas com a comunidade traz aspectos importantes para a sociedade, no que diz respeito à organização do coletivo para o enfrentamento das doenças transmitidas por vetores. Embora o engajamento da comunidade seja um ponto de destaque na carta de promoção da saúde de Ottawa ⁴, é preciso despertar a participação social naquelas pessoas que vivenciam e contribuem com a existência do problema bem como as que são afetadas e assim se mostram capazes de provocar mudanças.

São estas pessoas implicadas no problema que deverão ser motivadas e engajadas nos processos participativos com a finalidade de auxiliá-las a alcançar melhorias para a saúde humana e do meio ambiente. Assim, potencializamos o alcance da sustentabilidade, por meio de processos participativos e tomadas de decisão mais democráticas e com maiores chances de serem efetivos. O conhecimento é a ponte que leva as pessoas ao empoderamento e a sustentabilidade ecológica e social. ¹⁴

O curso promoveu aproximação entre os participantes, levantando reflexões em torno do envolvimento da comunidade, demais profissionais de saúde e órgãos municipais e privados em prol da problemática arboviroses: *Porque hoje eu tenho outro pensamento a respeito do meu trabalho. Hoje eu sei que eu sou importante para a comunidade. A comunidade precisa de mim e eu sei também que eu não devo mais ter aquele pensamento de que estou só, preciso trabalhar junto à comunidade... A questão da união, trabalhar em parceria com as pessoas, os órgãos, os profissionais. Para mim isso foi importante* (ACE-20).

A participação da comunidade nas atividades de controle do *Aedes aegypti* deve ser movimentada através de alianças sociais, acadêmicas e políticas, e a participação intersetorial deve se dá por meio do desenvolvimento de atividades sustentáveis com enfoque ecossistêmico para que o fortalecimento das ações de todos os envolvidos nas práticas de controle vetorial sejam alcançadas. Elas constituem em atividades de controle sustentável que minimiza e ou soluciona o problema das arboviroses e seu impacto na saúde da humanidade dentro do que propõe a carta de promoção da saúde de Ottawa e a abordagem EBS. ²²

Os ACE esperam como resultados da formação EBS para o controle do *Aedes aegypti* a redução do número de foco e menor incidência das arboviroses, contando com a comunidade para isso: *Eu espero que os índices diminuam bastante, a questão do pessoal*

adoecer, dos surtos, epidemias... não vai zerar porque não zera...nós vamos ter um certo controle a partir da comunidade. Eu espero que o nosso método de trabalho mude... Espero que essa nossa abordagem seja expandida para todo Brasil (ACE-20).

A formação consistiu numa oportunidade para que os agentes fossem capacitados pela primeira vez quanto aos aspectos ecológicos, biológicos, políticos e sociais que perpassam a problemática das arboviroses. Alguns ACE estavam sendo capacitados pela primeira vez após mais de 10 anos de atuação no campo do controle vetorial.

O agente se mostra implicado na dialética da aprendizagem e reconhece o conhecimento como elemento significativo na sua vida, o que dará a ele ferramentas que caminham para a transformação por meio da sua própria ação.¹⁸ O conhecimento para ação é um processo dinâmico e iterativo que compreende a (re) construção, o diálogo e a troca entre um coletivo que atua na materialização do conhecimento na prática. Este conhecimento se conecta a um campo de conhecimentos que envolvem a saúde pública.¹⁴

A fala do ACE-20 expressa o desejo de que o trabalho atual focal de combate ao *Aedes aegypti* seja repensado diante o insucesso dos métodos atuais do controle do vetor instituídos pelo PNCD.² Eles colocam que o controle vetorial realizado por eles hoje se encontra desatualizado, e que a abordagem EBS traz em sua base uma sobreposição de ações intersetoriais, participativas e sustentáveis que acreditam trazer resultados satisfatórios para o cenário complexo de controle do *Aedes aegypti*.¹⁴

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A formação em abordagem EBS proporcionou aos ACE novas perspectivas para o controle do *Aedes aegypti*, por meio da exploração dos seis grandes princípios responsáveis pela sua caracterização. Estes princípios introduzem no cenário atual de complexidade da tríplice infecção, oportunidades inovadoras para prática cotidiana de trabalho dos agentes, que se revelaram desmotivados e desacreditados diante a permanência do vetor. A ausência de formação teórico prática coloca a categoria numa situação de desqualificação técnica diante os determinantes sociais e as iniquidades existentes que marcam a magnitude do problema arboviroses. Os agentes necessitam de conhecimento para exercer as atividades educativas junto à comunidade e para desenvolver habilidades de comunicação junto a população, para que esta possa sentir-se envolvida e responsável pelos espaços coletivos.

A participação social a qual inclui o envolvimento de tomadores de decisão, população, profissionais de saúde e pesquisadores, foi relatada pelos agentes como um dos nós para o controle do vetor atualmente, uma vez que ela envolve interesses diversos por parte dos atores implicados, podemos dizer que este é um dos nossos grandes desafios.

O estudo apresenta como limitação uma formação ofertada para um grupo de 20 ACE, participantes da pesquisa. Dessa forma, recomenda-se que a formação em abordagem EBS seja apresentada a todos os ACE do município de Fortaleza/CE, para que também tenham a oportunidade de refletirem sobre novas estratégias e tecnologias de controle do vetor. Este momento de construção proporcionado pela formação pode ser discutido junto a tomadores de decisão com a finalidade de, avaliarem o cenário emblemático das arboviroses no município e a partir disto, repensarem coletivamente mudanças no trabalho de campo destes trabalhadores em saúde.

REFERÊNCIAS

1. VALLE, D. Sem bala mágica: cidadania e participação social no controle de *Aedes aegypti*. *Epidemiol. Serv. Saude* [Internet]. 2016, Jul/set [cited 2020 Abr 10]; 25 (3): 629-632. Available from: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v25n3/2237-9622-ess-25-03-00629.pdf>.
2. BARRETO, ML *et al.* Sucessos e fracassos no controle de doenças infecciosas no Brasil: o contexto social e ambiental, políticas, intervenções e necessidades de pesquisa. *The Lancet* [Internet]. 2011, Mai 9 [cited 2020 Abr 11]; 3(Sn): 47-60. Available from: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo_saude_brasil_3.pdf.
3. CAVALCANTI, LPG *et al.*, Trinta anos de dengue no Ceará: história, contribuições para ciência e desafios no cenário atual com tripla circulação de arbovírus. *J. Health Biol Sci* [Internet]. 2018, Set 21 [cited 2020 Abr 11]; 6 (1): 65-82. Available from: http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/29731/1/2018_art_lpgcavalcanti.pdf.
4. CAPRARA, A; RIDDE, V. Zika: exposing anew the need for health promotion in Latin America. *Global Health Promotion* [Internet]. 2016, [cited 2019 June 10]; 23 (4): 3-5. Available from:

https://www.researchgate.net/publication/310834913_Zika_exposing_anew_the_need_for_health_promotion_in_Latin_America.

5. EVANGELISTA, JG *et al.* A formação dos agentes de combate às endemias no contexto da dengue: análise documental das políticas de saúde. *Reciis – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde* [Internet]. 2017, Jan/Mar [cited 2019 Jan 14]; 11 (1): 1-13. Available from:

<https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1219/2101>.

6. BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 1.007, 4 maio. 2010. Define critérios para regulamentar a incorporação do agente de combate às endemias (ACE), ou dos agentes que desempenham essas atividades, mas com outras denominações, na atenção primária à saúde para fortalecer as ações de vigilância em saúde junto às equipes de saúde da família. Brasília (DF); 2010.

7. PASSOS, CJS *et al.* A perspectiva das abordagens ecossistêmicas em saúde humana (ecossaúde) nas Américas: as contribuições das comunidades de Prática. In: Caprara A, Lima JWO, Peixoto ACR(Orgs). *Ecossaúde, uma Abordagem Eco-Bio-Social: percursos convergentes no controle do dengue*. Fortaleza: EdUECE; 2013. p. 41-53.

8. BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório da reunião internacional para a implementação de alternativas para o controle do *Aedes aegypti* no Brasil. *Boletim Epidemiológico* [Internet]. 2016, Feb 17-18 [cited 2019 Jan 10]; 47(15): 1-9. Available from:

<http://www.saude.gov.br/images/pdf/2016/abril/05/2016-012---Relatorio-reuniao-especialistas-Aedes-publica----o.pdf>.

9. ALFONSO-SIERRA, E *et al.* Innovative dengue vector control interventions in Latin America: what do they cost?. *Pathogens and Global Health* [Internet]. 2016, [cited 2019 Jan 12]; 110 (10): 14-24. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26924235/>.

10. ZARA, A *et al.* Estratégias de controle do *Aedes aegypti*: uma revisão. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2016, June [cited 2020 May 14]; 25(2): 391-404. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237 .

11. FONSECA, AF. Sobre o trabalho e a formação de agentes de saúde em tempos de zika. *Trab. Educ. Saúde* [Internet]. 2016, May/Aug [cited 2019 Jan 10]; 14 (2): 327- 335. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462016000200327.
12. MINAYO, MCS. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. Ed. 14ª. São Paulo: Hucitec; 2014. 393 p.
13. BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Ed. 4ª. Lisboa: Edições70; 2010. 280 p.
14. CHARRON, D *et al.* *Ecohealth research in practice*. International Development Research Centre. Ottawa, Canada; 2012. 137 p.
15. LISITZA, A; WOLBRING, G. EcoSaúde e os Determinantes da Saúde: Perspectivas de um Pequeno Subconjunto de Acadêmicos Canadenses na Comunidade de Eco-Saúde. *Int J Environ Res Saúde Pública* [Internet]. 2018 [cited 2020 May 10]; 15 (8): 1688. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30096793/>.
16. SOUZA, KR *et al.* Saberes e práticas sobre controle do *Aedes aegypti* por diferentes sujeitos sociais na cidade de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2018 [cited 2020 May 14]; 34(5): 78017. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2018000505015&script=sci_abstract&tlng=pt.
17. GONÇALVES, RP *et al.* Contribuições recentes sobre conhecimentos, atitudes e práticas da população brasileira acerca da dengue. *Saúde Soc* [Internet]. 2015 June [cited 2020 May 14]; 24(2): 578-593. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902015000200578&script=sci_abstract&tlng=pt
18. FREIRE P. *Educação como prática da liberdade*. Ed. 40ª. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra; 2017. 189 p.
19. LASNEAUX, MV. O papel dos gestores e dos agentes de vigilância ambiental no controle da dengue: uma avaliação de objetivos preconizados pelo Ministério da Saúde. *Tempus, actas de saúde colet* [Internet]. 2016 Sept [cited 2020 May 14]; 10 (3): 147-159. Available from: <http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/about/submissions#authorGuidelines>.

20. BAGLINI, V *et al.* Atividades de controle do dengue na visão de seus agentes e da população atendida, São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2005 Aug [cited 2020 May 14]; 21(4): 1142-1152. Available from:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000400016

21. BASSO, C *et al.* Scaling Up of an Innovative Intervention to Reduce Risk of Dengue, Chikungunya, and Zika Transmission in Uruguay in the Framework of an Intersectoral Approach with and without Community Participation. Am. J. Trop. Med. Hyg [Internet]. 2017 Aug 18 [cited 2020 May 14]; 97 (5): 1428–1436. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28820690/>.

22. WAI, KT *et al.* Community-Centred Eco-Bio-Social Approach to Control Dengue Vectors: An Intervention Study from Myanmar. In: _____ Epidemiology II - Theory, Research and Practice; 2015. 260 p.

**Perfil epidemiológico da mortalidade materna no Ceará,
Brasil: Análise de 2012 a 2017**

*Epidemiological profile of maternal mortality in Ceará, Brazil:
Analysis from 2012 to 2017*

*Perfil epidemiológico de la mortalidad materna en Ceará,
Brasil: Análisis de 2012 a 2017*

Mauro Sérgio Silva Freire
Liana de Oliveira Barros
Thaís Nogueira Facó de Paula Pessoa
Karina Marques de Mendonça
Antonio Rodrigues Ferreira Júnior

RESUMO

A mortalidade materna é um grave problema de saúde pública e uma prioridade global dos sistemas de saúde. A pesquisa tem como objetivo caracterizar o perfil epidemiológico dos óbitos maternos no estado do Ceará no período de 2012 a 2017. É um estudo ecológico, descritivo e com abordagem quantitativa. O trabalho foi composto pelos registros de mortes maternas da Secretaria de Saúde do estado do Ceará analisados por estatística descritiva. O total de óbitos maternos no período foi de 551, e o ano com maior número de registros foi 2014 totalizando 22,9% dos óbitos. Em relação aos dados sociodemográficos, os grupos mais afetados foram as mulheres entre 20 e 29 anos (39%), com predomínio da raça/cor parda (70%), escolaridade de 8 a 11 anos de estudo (33%) e estado civil solteira (48%). A maioria dos óbitos ocorreu em ambiente hospitalar (84%), sendo as obstétricas diretas a principal causa. A mortalidade materna continua sendo um problema de saúde no Brasil, evidenciando que há muito a ser feito para alcançar as metas estabelecidas pelos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. As atuais ações e políticas de saúde para sua redução não têm sido capazes de transpor esse desafio. A implementação de políticas públicas que minorem a desigualdade social presente na região estudada e uma atenção sexual e reprodutiva de qualidade são fatores indispensáveis para a melhoria desse indicador.

Palavras-chave: Epidemiologia, Mortalidade materna, Saúde da Mulher.

ABSTRACT

Maternal mortality is a serious public health issue and a global priority for the health systems. This research aims to characterize the epidemiological profile of maternal death in the state of Ceará from 2012 to 2017. It is an ecological and descriptive research, with quantitative approach. The work consisted of maternal death data from the Ceará State Health Department analyzed using descriptive statistics. The total number of maternal deaths in the period was 551, and the year with the highest number of records was 2014, totaling 22.9% of deaths. Regarding sociodemographic data, the most affected groups were women between 20 and 29 years old (39%), with a predominance of brown race/color (70%), education from 8 to 11 years of study (33%) and marital status single (48%). Most deaths occurred in the hospital environment (84%), with direct obstetric being the main cause. Maternal mortality continues to be a health problem in Brazil, showing that there is much to be done to achieve the goals established by the Sustainable Development Goals. Current actions and health policies for its reduction have not been able to overcome this challenge. The implementation of public policies that reduce social inequality present in the studied region and quality sexual and reproductive care are essential factors to improve this indicator.

Keywords: Epidemiology, Maternal mortality, Women's Health.

RESUMEN

La mortalidad materna es un problema grave de salud pública y una prioridad mundial para los sistemas de salud. Esta investigación tiene como objetivo caracterizar el perfil epidemiológico de la muerte materna en el estado de Ceará de 2012 a 2017. Se trata de una investigación ecológica y descriptiva, con enfoque cuantitativo. El trabajo consistió en datos de muerte materna del Departamento de Salud del Estado de Ceará analizados mediante estadística descriptiva. El total de defunciones maternas en el período fue de 551 y el año con mayor número de registros fue 2014, totalizando 22,9% de las defunciones. En cuanto a los datos sociodemográficos, los grupos más afectados fueron las mujeres entre 20 y 29 años (39%), con predominio de raza / color moreno (70%), educación de 8 a 11 años de estudio (33%) y estado civil soltero (48%). La mayoría de las muertes ocurrieron en el ámbito hospitalario (84%), siendo la obstétrica directa la principal causa. La mortalidad materna sigue siendo un problema de salud en Brasil, lo que demuestra que queda mucho por hacer para lograr las metas establecidas por los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Las acciones y políticas de salud actuales para su reducción no han logrado superar este desafío. La implementación de políticas públicas que reduzcan la desigualdad social presente en la región estudiada y una atención sexual y reproductiva de calidad son factores fundamentales para mejorar este indicador.

Palabras clave: Epidemiología, Mortalidad materna, Salud de la mujer.

INTRODUÇÃO

A mortalidade materna é um grave problema de saúde pública e uma prioridade global dos sistemas de saúde. Os países com baixa renda e pouco desenvolvimento socioeconômico são os mais vulneráveis, pois nessas regiões ocorrem o maior número de mortes.^{1,2}

As mortes maternas se distribuem de forma desigual em todo o mundo. Calcula-se que do somatório total, 99% ocorram em países em desenvolvimento, podendo ser evitadas na maioria dos casos.³

As maiores adversidades enfrentadas por essas mulheres são as hemorragias, distúrbios hipertensivos (pré-eclâmpsia e eclâmpsia), infecção puerperal e complicações como doenças cardíacas, diabetes ou distúrbios decorrentes do vírus da Aids agravadas pela gestação⁴. Salienta-se que a Síndrome Hipertensiva da Gravidez (SHEG) apresenta-se como uma das mais importantes complicações durante o ciclo gravídico-puerperal e sua etiologia ainda permanece desconhecida.⁵

Além dos problemas associados à gestação, na literatura científica, identificam-se trabalhos como o estudo publicado na Revista de enfermagem UFPE, em 2018, intitulado “Perfil sociodemográfico e clínico de mortalidade materna”, que dão relevância aos fatores de risco para a mortalidade materna, como a idade avançada, o menor nível de escolaridade, o tipo de ocupação, o menor número de consultas pré-natais, a falta do companheiro, além das condições mórbidas de saúde já existentes.⁶

No Brasil, os índices de mortalidade materna alcançam níveis elevados e possuem grande discrepância entre as regiões. Segundo a base de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), se considerarmos o espaço de tempo entre 2010 e 2015, as regiões Nordeste e Sudeste apresentam os maiores índices de mortalidade materna do país, quando comparadas às regiões Sul e Centro-oeste.⁷

Considerada como uma das violações mais graves dos direitos humanos e reprodutivos das mulheres, a mortalidade materna é um importante indicador utilizado

como referência na avaliação da qualidade dos serviços de saúde e da assistência integral a mulher.⁸

Nesse contexto, o Ceará, estado do nordeste brasileiro, emerge como um dos que possuem mais altas taxas de mortalidade materna. O sistema de informações sobre mortalidade do Ministério da Saúde brasileiro demonstrou que o Ceará notificou 13.581 mortes maternas no período de 2014 a 2018.⁹

Diante desse contexto e considerando que a mortalidade materna afeta de forma significativa a população, torna-se indispensável a identificação de suas causas, fatores de risco e a caracterização de suas variáveis, pois essas informações poderão subsidiar a elaboração e consolidação de políticas públicas eficientes no combate à mortalidade materna.

Nesse sentido, o presente estudo objetiva caracterizar o perfil epidemiológico dos óbitos maternos no estado do Ceará, no período de 2012 a 2017.

MATERIAIS E MÉTODO

DESENHO, POPULAÇÃO E PERÍODO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo ecológico, descritivo com abordagem quantitativa. A população do estudo foi composta pelos registros de mortes maternas ocorridas no estado do Ceará, no período de 2012 a 2017. A justificativa de escolha desse período se deve ao fato de o ano inicial pesquisado ser consecutivo a implantação da Rede Cegonha no Brasil e representa o ano de início da rede no estado do Ceará, bem como o ano final representa a finalização dessa vigência, quando foi adotado outro programa para acompanhar a área materno-infantil, o Nascer no Ceará.¹⁰

VARIÁVEIS DO ESTUDO

Para descrever os óbitos maternos que compõem o período do estudo, foi realizada a identificação das características demográficas, epidemiológicas e as causas relacionadas com a ocorrência do fato. Para tanto, foram utilizadas as seguintes variáveis: ano do óbito, faixa etária, escolaridade, raça/cor, estado civil e causa base do óbito.

PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

No Brasil, os dados de mortalidade são inseridos pelas secretarias municipais de saúde no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) por meio da digitação das informações contidas nas Declarações de Óbito (DO). Nos óbitos infantis, maternos e de mulheres em idade fértil (MIF), o SIM dispõe de uma aba específica para dados de investigação desses óbitos, denominado Módulo de Investigação.

No caso dos dados relacionados aos nascimentos, as secretarias municipais de saúde inserem as informações das Declarações de Nascidos Vivos (DN) no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Neste estudo, por tratar-se dos sistemas oficiais do Ministério da Saúde, foi utilizada a base de dados dos sistemas SIM e SINASC da Secretaria de Saúde do Ceará, referente aos 184 municípios do Estado.

Para a presente pesquisa, além das mortes maternas registradas nas DO, foram também incluídas as mortes maternas não declaradas, pois este tipo de morte ocorre quando os dados obtidos através da DO não possibilitam a sua classificação. Desta forma, a morte materna não declarada só pode ser notificada de forma específica após a investigação do caso, o que impede, algumas vezes, o lançamento desse óbito em tempo hábil pela base de dados do DATASUS.¹¹

Portanto, foram consultadas as informações provenientes do Módulo de Investigação dos Óbitos Prioritários no qual são inseridas as fichas síntese de cada paciente com as conclusões das investigações de MIF. Assim, os dados utilizados englobam os óbitos maternos declarados como morte materna na DO (causa obstétrica) e os óbitos maternos identificados após investigação de óbitos de MIF. Isso garante a maior confiabilidade da informação, já que nem sempre o óbito materno é assim declarado na DO.

Foram consideradas mortes maternas as causadas por afecções do capítulo XV da CID-10 – Gravidez, parto e puerpério (com exceção das mortes fora do período do puerpério de 42 dias – códigos O96 e O97) e por afecções classificadas em outros capítulos da CID, especificamente: (I) Tétano obstétrico (A34), transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério (F53) e osteomalácia puerperal (M83.0), nos casos em que a morte ocorreu até 42 dias após o término da gravidez ou nos casos sem informação do tempo transcorrido entre o término da gravidez e a morte. (II) Doença causada pelo HIV (B20 a B24), mola hidatiforme maligna ou invasiva (D39.2) e

necrose hipofisária pós-parto (E23.0) serão consideradas mortes maternas desde que a mulher estivesse grávida no momento da morte ou tivesse estado grávida até 42 dias antes da morte.

Os critérios de inclusão foram todos os registros confirmados como morte materna nos anos de 2012 a 2017 registrados no SIM, e os óbitos que ocorreram após o parto no período de 43 dias a 1 ano classificados como mortes maternas tardias após a investigação. E os critérios de exclusão foram registros de óbitos por outras causas não considerados ou não relacionados ao processo gravídico-puerperal e os óbitos por causas externas durante o período gravídico-puerperal foram excluídos da construção do indicador de mortalidade materna.

Todos os dados disponibilizados pela Secretaria de Saúde do Estado foram repassados ao pesquisador em um único arquivo que foram primeiramente organizados em uma tabela consolidada e analisados por estatística descritiva para caracterização populacional segundo as variáveis sociodemográficas e obstétricas.

Foi utilizada a distribuição de frequências, que é um agrupamento de dados em classes. As informações coletadas foram calculadas e agrupadas em frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas. Para tabulação dos dados, cálculo de indicadores e construção de gráficos e tabelas utilizou-se o programa Microsoft Excel 2013.

Esta pesquisa respeitou todos os princípios éticos, com aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará sob número: 2.687.035.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos os registros de óbitos por outras causas não considerados ou não relacionados ao processo gravídico-puerperal e os registros de óbitos que ocorreram após um ano depois do parto. Além disso, foram excluídos os óbitos por causas externas.

Portanto, todos os óbitos por causas externas durante o período gravídico-puerperal foram excluídos da construção do indicador de mortalidade materna. Essas mortes incluem lesões causadas por acidentes de carro, afogamento, envenenamento ou quedas, além de violência, como agressões, homicídios, suicídio e abuso sexual.

RESULTADOS

Durante o período estudado, foram registrados 551 óbitos maternos no Ceará. O ano de 2014 registrou o maior número de mortes, representando 22,9% (n=126) do total. A maioria (84%) dos óbitos ocorreu em hospitais, 7% ocorreram em domicílios, 4% em outros, 3% não declarados e 2% em vias públicas.

Apesar desta maioria ser notificada em hospitais (84%) se percebe que ainda há muito a ser feito como por exemplo, a identificação das causas do grande percentual de óbitos fora do ambiente hospitalar e os que possivelmente poderiam ser evitados. Os casos registrados fora do ambiente hospitalar somam um valor significativo quando comparados a estados como São Paulo indicando, por exemplo, a necessidade de se avaliar a situação de saúde dessas mulheres.

Tabela 1. Frequências de óbitos maternos, número de nascidos vivos (NV) e razão de mortalidade materna (RMM) no estado do Ceará, no período de 2012 a 2017.

Período	N	%	NV	RMM
2012	106	19,2%	126.868	76,5
2013	97	17,6%	124.876	80,9
2014	126	22,9%	128.681	62,9
2015	84	15,2%	132.516	49,8
2016	70	12,7%	126.246	57,9
2017	68	12,3%	127.852	53,2
Total	551	100%	767.039	381,2

Fonte: Elaborada pelos autores com dados do SIM / SINASC, 2012 – 2017(2018) / ND: Não definida/N: número d óbitos maternos.

Entre os anos de 2014 e 2017 observa-se uma redução consecutiva no número de óbitos maternos, sendo que nos últimos anos estudados o percentual de óbitos foi semelhante. Durante o período pesquisado, foram notificados 767.039 nascidos vivos. O número de nascidos vivos oscilou entre 124.876 e 132.516, respectivamente em 2013 e 2015.

Os resultados deste estudo mostraram que o número de nascidos vivos não é diretamente proporcional ao percentual de óbitos, uma vez que embora 2015 tenha sido o ano que apresentou o maior número de nascidos vivos, não obteve o maior percentual de óbitos.

Em relação à razão de mortalidade materna, observou-se uma queda de 2013 a 2015 e valores próximos em 2016 e 2017.

A tabela 2 apresenta as variáveis sociodemográficas dos óbitos maternos no Ceará durante o período estudado.

Tabela 2. Frequência das variáveis sociodemográficas dos óbitos maternos no Ceará, no período 2012 a 2017.

Variáveis	N	%
Faixa Etária (anos)		
10 -14	4	1%
15 – 19	67	12%
20 – 29	214	39%
30 – 39	211	38%
40 – 49	41	7%
ND	14	3%
Total	551	100%
Raça Cor		
Branca	114	21%
Indígena	2	0,4%
ND	39	7%
Parda	383	70%
Preta	13	2%
Total	551	100%
Estado Civil		
Solteiro	264	48%
União Estável	61	11%
Casado	160	29%
Divorciado	10	2%
Viúvo	4	1%
ND	52	9%
Total	551	100%
Escolaridade		
Nenhuma	16	3%
1 a 3 anos	82	15%
4 a 7 anos	142	26%
8 a 11 anos	181	33%
12 e mais anos	43	8%
ND	87	16%

Total	551	100%	Fonte:
--------------	------------	-------------	--------

Elaborada pelos autores com dados do SIM / SINASC, 2012 – 2017(2018)/ ND: Não definida/N: número d óbitos maternos.

De acordo com os achados deste estudo, a maioria das mulheres encontrava-se na faixa etária compreendida entre 20 e 29 anos, representando 39% (n=214) e a faixa etária de 30 a 39 anos apresentou 38% (n=211) do total de óbitos.

A atenção se torna maior quando se trata de óbitos da faixa etária entre 10 e 14 anos que somaram 1% (n=4). O ano de 2015 chegou a registrar um óbito materno de uma criança de 10 anos de idade, que ocorreu no momento da gestação, mas não de causa obstétrica.

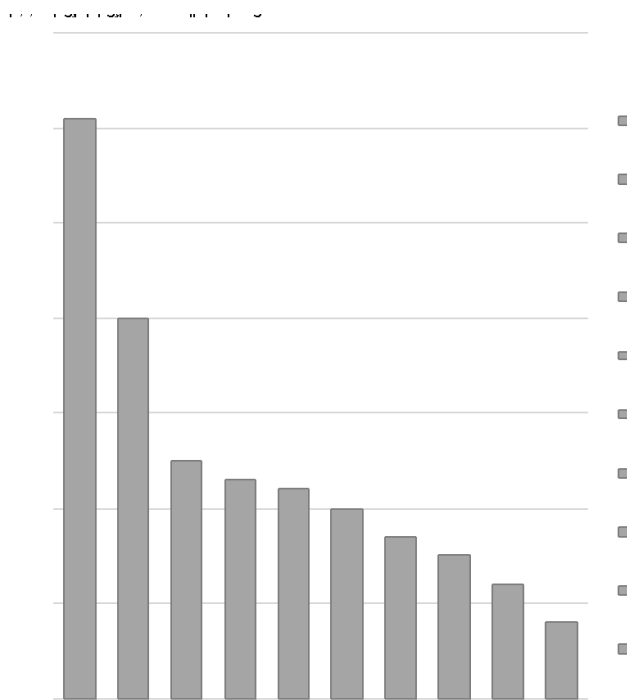
Em relação à escolaridade, a maioria das mulheres apresentavam entre 4 e 11 anos de estudo, ou seja, 26% não possuía nem o ensino fundamental e 33% possuía o ensino médio incompleto. As mulheres que possuíam mais de 12 anos de estudo somaram apenas 8% das mortes, demonstrando a disparidade do número de mortes entre mulheres com acesso à educação.

Quase metade dos óbitos (48%) ocorreu em mulheres solteiras. O somatório das mulheres casadas e em situação de união estável somou 40%. Em todos os anos investigados na pesquisa, o estado civil solteira foi a variável que obteve maior número de óbitos, somando um total de 48%. Em segundo lugar, as mulheres casadas representaram 29% do total de óbitos, seguida das mulheres em condição de união estável, com 11% dos casos. Quanto ao estado civil, pode-se perceber uma acentuada diferença de óbitos maternos em mulheres solteiras quando comparadas aos demais estados civis.

Quanto a causa do óbito as complicações obstétricas diretas foram as principais causas de mortes maternas somando um total de 58%, seguida das mortes maternas indiretas com 20%. As mortes maternas tardias contabilizaram 18% e as variáveis não obstétricas, não declaradas e obstétricas não especificadas representaram 5% da amostra.

Os resultados revelaram que a eclâmpsia e a pré- eclâmpsia foram apresentadas como as 2 maiores causas dos óbitos maternos diretos apresentando respectivamente 19,2% e 12,6% conforme ilustra o gráfico 1.

Gráfico1: Distribuição de óbitos maternos por causa obstétrica direta (OD), segundo causa base de óbito no estado do Ceará (2012 – 2017)



Fonte: Elaborada pelos autores com dados do SIM, 2012 – 2017 (2018)

As infecções, hemorragias e outras formas de inércia uterina apresentaram percentuais semelhantes de prevalência. A embolia obstétrica, hipertensão, complicações no trabalho de parto e as cardiomiopatias no puerpério também foram citadas como causas obstétricas direta dos óbitos, embora em menores proporções. A causa obstétrica gravidez tubária foi a que apresentou menor porcentual (2,5%).

O fato de a maior incidência de óbitos maternos ocorrerem por causas obstétricas diretas permite a reflexão da necessidade de uma reformulação política, estrutural e de qualificação profissional no sistema de saúde. Por serem consideradas causas evitáveis em sua maioria, reforça ainda mais a ideia de fragilidade assistencial aos diferentes aspectos envolvidos na gestação, desde a concepção até o puerpério.

DISCUSSÃO

O estudo revelou que 13% dos óbitos ocorreram em mulheres de 0 a 19 anos. Entende-se que essa faixa etária apresenta grande probabilidade de desenvolver complicações obstétricas, por conta de uma série de fatores dentre eles a pouca informação aliada ao despreparo diante do aumento das responsabilidades.¹²

Alguns autores acreditam que nessa fase é necessário um olhar mais crítico quanto ao combate à mortalidade materna em especial na prevenção de gestações na adolescência.¹³ Apesar do baixo número de óbitos na faixa de 10 a 14 anos quando comparado as outras faixas etárias, é de extrema importância a vigilância e notificação desses óbitos, servindo como alerta para as autoridades de saúde.

Em relação à escolaridade, os achados deste estudo evidenciaram que a maioria (33%) possuía entre 8 e 11 anos de estudos (ensino médio incompleto). Resultado diferente do encontrado no estudo de Minas Gerais no qual a maioria tinha o ensino médio completo (23,5%). Nesse sentido, deve-se considerar as disparidades regionais brasileiras.²

Corroborando com os resultados encontrados no presente estudo, demonstrou-se que as mulheres com baixa escolaridade e que residiam em periferias, possuíam pouco acesso à informação e menor conhecimento quanto ao tema saúde, concluindo que a escolaridade é um fator importante que influencia nos altos níveis de mortalidade materna.²

Em pesquisa realizada no Brasil, identificou-se que as mulheres de baixa renda e de pouca escolaridade, principalmente as mulheres da periferia dos centros urbanos, possuem menos acesso à informação e menor conhecimento sobre a saúde,

principalmente no que diz respeito à saúde reprodutiva, tornando o nível de escolaridade um dos fatores responsáveis pelos números ainda elevados de mortes maternas.¹⁴

Acredita-se que o acesso à informação e a melhora da autoestima das adolescentes podem ajudar a minimizar as consequências de uma gravidez precoce.

O estado civil pode influenciar a condição socioeconômica da gestante e indiretamente interferir no acesso a saúde.¹² Em estudo realizado em Minas Gerais, quase a metade (49%) dos óbitos maternos ocorreu em mulheres solteiras,¹⁵ o que corrobora com os resultados obtidos na presente pesquisa.

Fatores como dificuldade no acesso, deficiência no atendimento e diagnóstico de doenças que surgiram ou agravaram na gestação, acompanhamento da mulher no ciclo gravídico-puerperal que se encerrou na consulta de puerpério, devem ser reavaliados para melhoria deste quadro.¹⁴

Pesquisa realizada em Minas Gerais analisou 85 óbitos de mulheres na faixa etária entre 20 e 36 anos. Os resultados apontaram que 74,1% realizaram pré-natal, 34% com menos de seis visitas. A cesariana foi realizada em 38,8% dos partos, e o tratamento obstétrico foi considerado correto em 32,9%. A primeira causa de morte materna foi o choque hipovolêmico 12 (14,10%), seguido de hipotonia uterina (7,0%), resultados diferentes dos encontrados nesse trabalho.¹⁵

Os achados do estudo citado acima confrontam com os de um estudo realizado na Nigéria onde concluiu-se que as doenças não transmissíveis, doenças transmissíveis e lesões externas foram responsáveis por 100 (53,5%), 44 (23,5%) e 19 (10,2%) mortes entre as causas não maternas. Já entre as principais causas maternas de morte foram citados o aborto, a hemorragia pós-parto, a eclâmpsia e a sepse puerperal.¹⁴

O presente estudo revelou semelhanças nos resultados encontrados em outro na Bahia de 2004 a 2015, no qual verificou-se que o número de óbitos maternos no período analisado correspondeu a 1.907, com maior prevalência na faixa etária entre 20 e 29 anos (39,12%), em mulheres de cor parda (59,25%), solteiras (50,87%) e a ocorrência em ambiente hospitalar (88,99%). Verificou-se que as causas obstétricas diretas (61,46%) ocorreram significativamente devido à eclâmpsia (12,89%).¹⁶

Um estudo em outro estado da região Nordeste, Pernambuco, encontrou que no que se refere aos tipos de mortes maternas, as causas obstétricas diretas foram superiores às causas obstétricas indiretas, com 62,6%. Além disso, ao se analisar os grupos de causa obstétrica direta, constatou-se que a hipertensão se destacou,

correspondendo a 31,4% (n=85) dos óbitos, seguida de hemorragia, aborto, infecção puerperal e embolia.¹⁷

Quando se compara a mortalidade materna considerando os tipos de partos encontra-se diferenciação de riscos. Pesquisa realizada no Brasil concluiu que o parto cesariana foi associado a um risco significativamente aumentado de morte por hemorragia pós-parto quando comparado ao vaginal.¹⁴

É necessário melhorar a vigilância de dados e implementar diretrizes nacionais para a prevenção e manejo de complicações importantes da gravidez, parto e puerpério, a fim de reduzir os números de óbitos maternos. Os resultados de tais estudos de mortalidade podem fornecer informações úteis para outros países em desenvolvimento que buscam reduzir a mortalidade materna e mobilizar recursos globais e esforços para melhorar a saúde da mulher.¹⁶ Estudo realizado na África do Sul corrobora a identificação de algum fator evitável em mortes maternas na maioria dos casos(88%).¹⁸

A hipertensão arterial foi responsável por 538 (22,5%) dos óbitos maternos de 1993 a 2016, sendo 334, (62,1%) dos óbitos causados pela pré-eclâmpsia/eclâmpsia (PE/E) e os 204 (37,9%) restantes pela hipertensão arterial sistêmica (HAS) de causa não eclâmptica. A hipertensão em si não determina o óbito materno, mas sim, as complicações advindas do descontrole pressórico.¹⁹ É fundamental a disponibilização dos medicamentos anti-hipertensivos, com o intuito de propiciar acesso ao tratamento adequado, especialmente para a população economicamente vulnerável.

Há pesquisa na África do Sul que correlaciona os óbitos maternos com fatores menos conhecidos, ao associar eclâmpsia e níveis elevados de aspartato aminotransferase.²⁰ Isso denota que pode haver aspectos ainda pouco conhecidos que possuem interface com os óbitos maternos.

O Hopkins Opportunities for Participant Engagement (HOPE) Registry dos Estados Unidos visa abordar questões clínicas importantes relacionadas ao período pré-concepção, atendimento pré-natal, planejamento, resultados do parto e cuidados e resultados pós-parto de longo prazo desses pacientes únicos. Os estudos têm trazido progressos nos últimos anos, reconhecendo a necessidade clínica de abordar e padronizar o manejo de pacientes com doenças cardíacas na gravidez.³

Algumas dessas mortes ocorrem inevitavelmente mesmo em instituições que oferecem os melhores cuidados disponíveis. No entanto, outros podem ser evitados com o atendimento rápido e estruturado prestado por equipes especializadas.²¹

Acredita-se que a organização de ações focalizadas no acesso à informação de qualidade, identificação adequada dos riscos da gestação, bem como o acompanhamento pré-natal, pode contribuir de forma positiva na redução dos números de óbitos maternos.

O fortalecimento dos serviços de saúde nos territórios, a contratação de equipes competentes, juntamente com a estruturação de pontos de atenção de referência, devem ser implementados no sistema de saúde. Auditar as causas da mortalidade materna também é extremamente útil para identificar as causas e atrasos evitáveis.²²Nesse âmbito, pode-se inferir que a mortalidade materna pode diminuir quando há o desenvolvimento de atividades integradas nas diversas redes de atenção à saúde.

CONCLUSÃO

O estudo contribui para o aprofundamento da discussão acerca da mortalidade materna no Ceará, o que possibilita a proposição de políticas públicas de saúde mais efetivas para minoração deste problema ainda presente no cotidiano dos serviços.

Os achados desse trabalho evidenciaram a desigualdade social presente na região estudada, a partir da premissa de que mulheres mais vulneráveis socialmente contribuem de forma significativa para ampliação deste indicador. Salienta-se que as principais causas de morte são, em geral, evitáveis a partir de ações qualificadas desenvolvidas pelos serviços.

Ademais, mesmo com os investimentos realizados na área de saúde materno-infantil, a mortalidade materna perdura como desafio para o sistema de saúde brasileiro. Portanto, a importância dos serviços de atenção obstétrica na redução deste indicador de saúde torna-se indiscutível, uma vez que seu enfrentamento exige múltiplas ações.

REFERÊNCIA

1. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp O, Moller AB, Daniel J, *et al.* Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health.* 2014;2(1):323-333.
2. Martins EF, Almeida PFB, Paixão CO, Bicalho PG, Errico LSP. Causas múltiplas de mortalidade materna relacionada ao aborto no Estado de Minas Gerais, Brasil, 2000-2011. *Cad de saúde Pública.* 2017;33(1):1678-4464.

3. Grodzinsky A, Florio K, Spertus JA, *et al.* Maternal Mortality in the United States and the HOPE Registry. *Curr Treat Options Cardiovasc Med.* 2019;21(9):42. Published 2019 Jul 25. doi:10.1007/s11936-019-0745-0
4. World Health Organization. WHO. 10 facts on maternal health. 2016. Disponível em: <http://www.who.int/features/factfiles/maternal_health/maternal_health_facts/en/> . Acesso em: 15/05/2018
5. Abrahão ACM, Santos RFS, Viana SRG, Viana SM. Atuação do enfermeiro a pacientes portadoras dHipertensiva Específica da Gestação. *Rev Cient Esc Estadual Saúde Pública Goiás “Candido Santiago”.* 2020;6(1):51-63.
6. Gomes JO, Arauhi VMC, Mistura C, Garcia AG, Gonçalves BKM, Souza CE, et al. Perfil sociodemográfico e clínico de mortalidade materna. *Revista de Enfermagem UFPE.* 2018; 12(12):3165-3171.
7. Brasil. Departamento de informática do SUS. Informações de Saúde. Estatísticas Vitais. Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos no Brasil. 2017 Ministério da Saúde. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/mat10uf.def>. Acesso em: 16/05/2020
8. Brayner MC, Alves SV. Classificação de óbitos em mulheres com vírus da Imunodeficiência Humana / Síndrome da Imunodeficiência Adquirida no ciclo gravídico-puerperal. *Rev Bras. Epidemiol.* 2017;20(3):371-381.
9. Brasil, Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS. *Informações de Saúde, Sistema de Informações sobre Mortalidade.* Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/catalogo/sim.htm> [Acesso em: 20 de maio de 2018]
10. Secretaria da Saúde do Ceará. Linha-guia Nascer no Ceará: gestante e criança menor de 2 anos. Fortaleza: SESA; 2017. 39 p.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de análise de situação em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 84 p.
12. Moura BLA, Alencar GP, Silva ZP, Almeida MF. Internações por complicações obstétricas na gestação e desfechos maternos e perinatais, em uma coorte de gestantes no Sistema Único de Saúde no Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2018; 34(1):e00188016.
13. Guimarães TA, Rocha AJSC, Rodrigues WB, Pasklan ANP. Mortalidade materna no Brasil entre 2009 e 2013. *Rev Pesq Saúde.* 2017;18(2):81-85.
14. Esteves PAP, Deneux TC, Nakamura PM, Saucedo M, Bouvier CMH, Leal MdC (2016) Caesarean Delivery and Post partum Maternal Mortality: A Population-Based Case Control Study in Brazil. *PLoS ONE* 11(4):e0153396. doi:10.1371/journal.pone.0153396

15. Martins ACS, Silva LS. Perfil epidemiológico de mortalidade materna. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018;71(Suppl 1):677-83. doi:
<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0624>
16. Gulumser C, Engin-Ustun Y, Keskin L, *et al.* Maternal mortality due to hemorrhage: population-based study in Turkey. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2019;32(23):3998-4004. doi:10.1080/14767058.2018.1481029
17. Frutuoso LALM, Barros CCP, Silva EMA, Sette GCS, Lima APE. Mortalidade materna em Pernambuco: delineando o perfil epidemiológico (2009-2013) *EnfermBras* 2019;18(4):510-517 <https://doi.org/10.33233/eb.v18i4.2574>
18. Uzabakiriho B, Maswime S. Causes of maternal death at Natalspruit Hospital, Johannesburg, South Africa. *S Afr Med J.* 2019;109(6):412-414. Published 2019 May 31. doi:10.7196/SAMJ.2019.v109i6.13215
19. Vega, CE. Desafios na redução da mortalidade materna no Município de São Paulo. *Revista de Medicina.* 2018;97(2):235-243. Disponível em:
<https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v97i2p235-243>
20. Alese OM, Naicker T, Moodley J. Liver enzyme patterns in maternal deaths due to eclampsia: A South African cohort. *Pregnancy Hypertens.* 2019;17:15-19. doi:10.1016/j.preghy.2019.05.002
21. Pacagnella RC, Nakamura PM, Gomes SF, Aguiar RA, Lopes Pessoa de, Guerra GVQL, Diniz CSGC *et al.* Maternal Mortality in Brazil: Proposals and Strategies for its Reduction. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [Internet]. 2018;40(9):501-506.
22. Mittal P, Kapoor G, Kumari N, Bajaj B. Review of Maternal Mortality at a Tertiary Care Hospital: What Have we Achieved? *J Obstet Gynaecol India.* 2019;69(2):149-154. doi:10.1007/s13224-018-1129-1

Promoção do mosquito ou promoção da saúde? Uma análise das postagens do Facebook do Ministério da Saúde do Brasil

Bruna Paes de Oliveira,

Mariella Silva Oliveira-Costa,

Ana Valéria Machado Mendonça

Resumo: A pesquisa analisa as postagens do Facebook do Ministério da Saúde, durante três anos consecutivos, no mês de dezembro (2015 - 2017). Além do tema das postagens, foram identificadas a presença ou ausência de imagem, a menção ao SUS, e o foco do post na responsabilização do usuário, do gestor ou do trabalhador. Com características comuns às campanhas do Ministério da Saúde, as postagens apresentaram o *A. aegypti* como vilão e inimigo público e utilizaram amplamente da linguagem bélica e da responsabilização da população. Indo contra a perspectiva de uma comunicação promotora de saúde, expressões que denotam luta e guerra são usadas para tentar alcançar e conquistar a mobilização social. Conclui-se que apesar de as redes sociais serem espaço estratégico de comunicação e promoção da saúde, a comunicação executada pelo gestor federal do SUS tem como foco de conteúdo a guerra ao mosquito e responsabilização das pessoas.

Palavras-chave *Aedes aegypti*. Arboviroses. Mosquito. Comunicação em saúde. Redes sociais virtuais.

Abstract: This survey analyzed the Brazilian Health Ministry's Facebook fanpage, for three consecutive years, in December (2015 - 2017). The evaluation criteria were the posts subject, images, a Public Health System (SUS) image and who was the audience (user, manager or worker). The *A. aegypti* was described as a public enemy and the war language was widely used, with responsibility of the population. Unlike a health promotion perspective, expressions that denote struggle and war are used to try to achieve social mobilization. It was concluded that although social networks are strategic spaces for communication and health promotion, the Brazilian Health Ministry on facebook focused on the content of the war on mosquitoes and people accountability.

Keywords: *Aedes aegypti*; arboviruses; health communication; social network.

Resúmen: La investigación analiza las publicaciones de Facebook del Ministerio de Salud, durante tres años consecutivos, en el mes de diciembre (2015 - 2017). Además del tema de las publicaciones, se identificó la presencia o ausencia de una imagen, la mención del SUS y el enfoque de la publicación en la responsabilidad del usuario, gerente o trabajador. Con características comunes a las campañas del Ministerio de Salud, las publicaciones presentaban a *A. aegypti* como un villano y enemigo público y usaban ampliamente el lenguaje de guerra y la responsabilidad de la población. En contra de la perspectiva de la comunicación que promueve la salud, se utilizan expresiones que denotan lucha y guerra para tratar de lograr y lograr la movilización social. Concluimos que aunque las redes sociales son un espacio estratégico para la comunicación y la promoción de la salud, la comunicación realizada por el gerente federal del SUS se centra en el contenido de la guerra contra el mosquito y la responsabilidad de las personas.

Palabras-clave: *Aedes aegypti*; arbovirus; comunicación en salud; redes sociales virtuales.

INTRODUÇÃO

Especula-se que o *Aedes aegypti*, amplamente conhecido como mosquito da dengue, está presente no Brasil desde o período colonial. Sua disseminação e proliferação foram e são favorecidas pela rápida urbanização, a falta de estrutura das cidades, a inadequada condição de saneamento básico e, sobretudo, pela adaptação do ciclo de vida do mosquito, que se desenvolve em ambientes artificiais como reservatórios de água limpa e sobrevive entre os aglomerados urbanos^{1,2}. Ademais, a própria condição climática e ambiental, quente e úmida, do Brasil contribui para o alastramento dos mosquitos.

O *A. aegypti* é o vetor urbano responsável pela transmissão da dengue, da chikungunya e da zika. Essas arboviroses, embora possam apresentar um simples quadro febril agudo, podem também resultar em síndromes hemorrágicas, articulares e neurológicas, respectivamente^{3,4}. A dengue, por si só, é a principal arbovirose do país dadas as recorrentes epidemias e a gravidade a que pode evoluir.

Como doenças emergentes que apresentaram altas incidências nos últimos tempos, essas arboviroses geram grandes preocupações para a saúde pública no Brasil e em todo o mundo⁴. Atentam-se³ para os impactos sociais e econômicos causados pelo mosquito. Esses impactos vão dos casos não agudos dessas doenças e suas consequências, por vezes permanentes, as interferências nas atividades laborais e econômicas das pessoas acometidas, até os grandes valores investidos e gastos com contratações de agentes de endemias e a manutenção, tratamentos ambulatoriais e hospitalares, vigilância, e, sobretudo, com o controle do vetor.

Assim, como ainda não existem vacinas acessíveis para as doenças transmitidas pelo *Aedes*, entende-se que a melhor e única forma de controle é o combate ao mosquito, uma vez que sua erradicação parece inalcançável^{1,5}. Muito embora existam esses grandes investimentos e esforços para a contenção do mosquito, os esforços têm se mostrado pouco eficientes. A construção do histórico do controle do mosquito, anunciou a necessidade do desenvolvimento de métodos, técnicas, ferramentas que pudessem ser tocantes à população para gerar conscientização e reorientar os comportamentos⁶.

A revisão das estratégias de controle do mosquito previstas no Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD) instituído em 2002, tratou além das abordagens de responsabilidades institucionais (como as diversas utilizações de inseticidas, criação de

mosquitos geneticamente modificados ou o mapeamento de risco), da abordagem eco-bio-social que, à grosso modo, presume essencialmente a participação social². Nessa lógica, o cidadão e usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) participa, se envolve e se integra na prevenção do mosquito por meio das tão populares ações preventivas que podem impedir a proliferação do mosquito, como evitar pneus com água acumulada, virar garrafas de cabeça para baixo, limpar a calha ou colocar areia nos pratinhos de flores e plantas.

Nos últimos anos, a internet tornou-se parte integrante da vigilância em saúde⁷. Giustini *et al.*⁸ destacam o uso das redes sociais como um importante desenvolvimento na área da saúde pública, como ambientes virtuais colaborativos. Nesse espaço online, computadores e dispositivos eletrônicos móveis, por meio da internet, têm a finalidade de promover conexões entre e com as pessoas e as instituições, possibilitando um compartilhamento de informações.

Na saúde pública, é relatado o uso crescente de redes sociais para educar o público sobre como evitar agentes infecciosos e para monitorar ameaças à saúde emergentes, ressaltando então os benefícios das redes virtuais na saúde pública e desenvolvendo políticas⁸. A sondagem dos rumores nas redes sociais não substitui as pesquisas tradicionais de campo na área da saúde, mas pode ser usada como ferramenta capaz de apresentar as preocupações de uma determinada população no que se refere à saúde⁷.

Dentre as vantagens do uso da internet e de suas redes sociais pelas instituições do campo da saúde estão: a velocidade das informações em caso de emergência, facilidade para mobilizar associações e a possibilidade de se ter uma visão acerca da percepção do público, cabendo como uma estratégia de comunicação entre as instituições de saúde pública e a população⁹. O uso frequente de redes sociais está associado ao aumento da conscientização e empoderamento dos pacientes, sendo que estes relatam que a internet é uma maneira útil de encontrar respostas para problemas de saúde.

O Facebook é a rede social mais abrangente e mais utilizada no país. Tendo mais de 130 milhões de usuários e perfis ativos, o Brasil ficou em 3º lugar no ranking mundial de usuários e em 2º lugar no que diz respeito a quantidade de horas gastas no Facebook¹⁰. O Ministério da Saúde (MS) que está inserido nas redes sociais por meio dos perfis institucionais no Youtube, Instagram e Twitter, está também presente no Facebook, acumulando atualmente, mais de 2,7 milhões de seguidores e curtidores que acompanham sua página.

Tendo em vista que as redes sociais são uma importante ferramenta para a comunicação e disseminação das informações e que há a permanente necessidade do diálogo

e contato com a população para o controle do *A. aegypti*, é pertinente a investigação das postagens do Facebook do MS sobre o tema.

Neste estudo descritivo e exploratório^{11,12} analisou-se a estratégia de comunicação sobre as arboviroses adotada pelo Ministério da Saúde nas redes sociais, recorte ainda pouco estudado do ponto de vista da saúde coletiva. A amostra foi composta de postagens divulgadas no perfil oficial do Ministério da Saúde no Facebook nos meses de dezembro de 2015, 2016 e 2017, relacionados ao *Aedes aegypti* e às arboviroses. Foram extraídos todos os posts publicados sobre as arboviroses, com conteúdo que fale sobre “dengue”, “chikungunya”, “zika”, “*Aedes aegypti*” e “mosquito”. Foram analisados também as interações (curtidas, reações e compartilhamentos) de cada um destes posts. Dezembro foi o mês selecionado devido a ser o período do início do verão, da temporada de chuva e consequentemente do aumento das transmissões de dengue, é o período em que se intensificam as campanhas da prevenção dos focos do mosquito.

Após a extração dos dados para base de dados própria, foi realizada a classificação segundo a doença presente no post, a saber; dengue, zika e chikungunya. A partir daí, foram classificados conforme as temáticas, baseadas nos estudos de Vijaykumar e Raamkuma¹³:

- 1) pesquisa/diagnóstico: conteúdos relacionados a atividades de controle epidemiológico e diagnóstico de sintomas;
- 2) medidas de prevenção e segurança: guias, conselhos, avisos sobre como se comportar;
- 3) tratamento: conteúdo específico para tratar os sintomas das arboviroses;
- 4) atualizações relacionadas às arboviroses: novos casos, boletins e novidades divulgadas;
- 5) intervenções: divulgação de ações do governo ou de comunidades e profissionais de saúde contra as arboviroses.

Foram identificadas também a presença ou ausência de imagem, menção ao SUS, e o foco do post na responsabilização do usuário, do gestor ou do trabalhador também foram analisados. As variáveis foram analisadas e descritas por meio da frequência de cada uma delas em relação ao total da amostra. A pesquisa é parte do Projeto Integrado Arbocontrol: gestão da informação, educação e comunicação no controle da dengue, zika e chikungunya, registrada no Comitê de ética em pesquisa da Universidade de Brasília sob o número CAAE 75119617.2.0000.0030.

DESENVOLVIMENTO

Sob a compreensão dos riscos do *A. aegypti* a nível de saúde pública, as mobilizações a respeito de seu controle acontecem durante todo o ano pelo Ministério da Saúde. Nessa perspectiva, o mosquito e as arboviroses estão constantemente presentes e sendo frequentemente mencionadas na página institucional do Facebook. Foram analisadas as palavras-chave mais frequentes entre todas as postagens dos meses de dezembro dos anos de 2015, 2016 e 2017 (Figura 1), tendo maior destaque os termos relacionados ao *A. aegypti*: “mosquito”, “combate aedes” e “mosquitão”. Palavras como “dengue”, “água”, “zika”, “criadouro”, “elimine”, “focos” e “combate” também foram identificadas.

Figura 1. Nuvem de palavras formada pelos conteúdos postados no Facebook do Ministério da Saúde, sobre arboviroses, em dezembro de 2015, 2016 e 2017



Fonte: Autoria própria a partir do site wordart.com.

Ao todo, 120 postagens foram coletadas e contemplavam o tema das arboviroses causadas pelo *A. aegypti*. Dentre elas, 65 tinham como foco especialmente o *Aedes*, sendo no ano de 2015, 15 (26,79% dos posts sobre arboviroses publicados). Já em 2016, observou-se que a maior parte dos posts do mesmo mês tratavam do *Aedes*: 32 (84,21% do total daquele mês) e esse destaque diminuiu em 2017, mas ainda figurando como a maior parte dos posts publicados em dezembro: 18 (69,23%). É válido ressaltar que 2015 foi o ano da difusão da zika e microcefalia e que, de forma geral, a maioria das postagens nesse período teve as duas doenças como principal e único foco.

Algumas postagens, mesmo que com foco principal no mosquito, também fazem alusão à dengue, zika e chikungunya, seja para alertar dos riscos da picada ou por meio das

hashtags, por exemplo. Nos períodos de 2015 e 2016, foi possível notar uma maior relação dessas postagens sobre o mosquito com as arboviroses.

Existem diferenças entre os tipos de postagem que o Facebook permite, considerando os formatos como imagem, vídeo ou gif (imagens animadas) e das possibilidades dessas publicações terem função de avatar (imagem do perfil) e capa (imagem do topo do perfil). Embora a maioria das postagens seja de publicações comuns na linha do tempo, foram encontrados posts em formato vídeo nos três períodos analisados, além de imagem de capa, em 2016 e 2017, e avatar em 2015 e 2016 (Tabela 1).

Interessante ressaltar que embora caiba ao SUS as medidas, ações, serviços e vigilância de saúde, sob a responsabilidade do MS, não são todas as postagens que contêm a logo do SUS, que poderia, assim, fazer referência e dar um pouco mais de visibilidade ao sistema de saúde, sobretudo ao que concerne às ações e intervenções realizadas, por exemplo.

Tabela 1. Frequência de variáveis analisadas a partir de conteúdos postados no Facebook do Ministério da Saúde, sobre arboviroses, em dezembro de 2015, 2016 e 2017

Variáveis	2015		2016		2017	
	n	%	n	%	n	%
Relacionados as arboviroses						
Dengue	12	80,0	17	53,13	0	0
Zika	13	86,7	17	53,13	1	5,56
Chikungunya	5	33,3	17	53,13	0	0,0
Relacionadas ao A. aegypti						
Foco no A. aegypti	15	26,79	32	84,21	18	69,23
Tipo de postagem						
Imagem	11	73,3	28	87,5	13	72,22
Video	2	13,3	4	12,5	3	16,67
Avatar	2	13,3	0	0	2	11,11
Capa	0	0,0	0	0	2	11,11
SUS						
Menção ao SUS	9	60,0	22	68,75	15	83,33
Categorias						
Pesquisa/diagnóstico	1	6,7	0	0	0	0,00
Prevenção e segurança	12	80,0	29	90,63	16	88,89
Tratamento	0	0,0	0	0	0	0,00
Atualizações	1	6,7	0	0	1	5,56
Intervenções	1	6,7	4	12,5	1	5,56
Foco das postagens						
Pessoas	15	100	30	93,75	15	83,33
Governo	0	0,0	2	6,25	3	16,67
Trabalhador	0	0,0	2	6,25	0	0,00

Fonte: Autoria própria.

A persistência de um discurso primordialmente preventivo, imperativo e direcionado à população (Tabela 1) é notável nas publicações. Essas são características comuns à

comunicação sobre arboviroses e *Aedes* nas mais diversas formas, como nas mídias jornalísticas^{14,15}, mídias sociais institucionais¹⁶, campanhas audiovisuais^{17,18} e materiais didáticos¹⁹.

Para Campos e Corrêa¹⁸, o apelo para a mobilização social é incorporado nas campanhas com a intenção de tornar a questão da dengue um problema comum à todos, um risco para todos e uma responsabilidade de todos. Nas postagens do Facebook do MS identifica-se a mesma intenção quando são empregadas frases como "é preciso que todos participem", "precisamos combater os criadouros toda semana", "manter o *Aedes* bem longe da sua casa" e "na luta contra o mosquito ninguém pode ficar parado".

Frente a todos os riscos que o desenvolvimento e a proliferação do mosquito oferecem, as campanhas de controle do *A. aegypti* costumeiramente o encaram como vilão, atribuindo a ele o papel de inimigo comum do poder público e da população^{14, 15, 17, 18, 20, 21}, por vezes sendo apresentado sob o símbolo de “proibido”.

Nas postagens identificou-se o amplo uso de linguagem bélica, sempre associando a ideia de guerra contra o mosquito. Expressões como “eliminar”, “combater”, “vilão”, “guerra”, frases e slogans, como “luta contra o mosquito”, “se o mosquito pode matar, ele não pode nascer” e hashtags como #MosquitoNão, #CombateAedes e #CombataDengue ao longo dos três períodos. Se por um lado a linguagem metafórica bélica, pode estimular a associação à defesa e necessidade de esforços e união para controle do vetor^{15,16,18}, por outro é limitante. Por ser genérica e superficial, não se pautar em informações educativas que se proponham a gerar ações ou mudanças de comportamento a que se faz necessário em um cenário epidêmico, por exemplo¹⁴.

As postagens com mais compartilhamentos são as que conseguem maior visibilidade uma vez que alcançam pessoas para além dos seguidores/curtidore da página do MS. No caso das mais compartilhadas em dezembro de 2015, 2016 e 2017, (cerca de 3.000, 600 e 800 compartilhamentos respectivamente) (Figura 2), seguem o padrão supracitado. Observa-se sobretudo o caráter preventivo, a linguagem bélica e o direcionamento do discurso de ordem à população que acompanha a página. As três postagens consistem em orientações e dicas acerca da identificação e eliminação do mosquito e seus criadouros, sempre ressaltando a responsabilidade individual e coletiva da população. Os riscos apresentados, em geral, são relacionados às arboviroses transmitidas pelo *Aedes*.

Figura 2. Postagens sobre arboviroses e com maior engajamento no Facebook do Ministério da Saúde, sobre arboviroses, em dezembro de 2015, 2016



Fonte: Facebook do Ministério da Saúde

Dadas as características dessas publicações, é possível refletir sobre uma comunicação com abordagem muito mais preventiva do que promotora de saúde, como analisada no estudo Vasconcelos²² acerca de diferentes campanhas realizadas pelo próprio MS.

Nesse sentido, o caráter preventivo tem a preocupação apenas de que as pessoas não se submetam a agravos, tentando incidir sobre o comportamento e postura, enquanto a promoção da saúde preconiza atuar sobre e considerando as especificidades da população e seus determinantes sociais que incidem sobre os agravos que colocam a em risco. Campos e Corrêa¹⁸ trazem a perspectiva de necessidade de engajamento e reconhecimento da população como parte do problema público e coletivo das arboviroses, no entanto, a considerar que a decisão e iniciativa é individual e autônoma, o discurso imperativo pode não ser eficaz.

CONCLUSÕES

Este estudo possibilitou a análise da comunicação realizada pelo Ministério da Saúde através do perfil institucional do Facebook tendo como foco o *Aedes aegypti*. Foi observada a relevância e a frequência do mosquito entre as publicações da página e o forte discurso preventivo e imperativo, frente aos riscos e ameaças que este oferece.

Com características comuns às campanhas do MS nas postagens o *A. aegypti* assume o protagonismo das campanhas analisadas no período, no papel de vilão e inimigo público. A linguagem bélica e a responsabilização da população são estratégias amplamente utilizadas, não se ocupando de uma comunicação promotora de saúde, mas com foco em expressões que denotam luta e guerra para tentar alcançar e conquistar a mobilização social.

Compreendendo o potencial das redes sociais como espaço de comunicação em saúde e é fundamental que o gestor federal do SUS mantenha estratégias de promoção à saúde e não só responsabilização da população, além de buscar linguagem que ultrapasse o vocabulário bélico.

As redes sociais pressupõem um canal de diálogo e escuta da população. A partir desta pesquisa, pode-se analisar em estudo futuro a percepção das pessoas em relação a esta estratégia do Ministério da Saúde, bem como analisar em que medida é observado esse diálogo nos comentários das postagens.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Diretrizes nacionais para prevenção e controle de epidemias de dengue / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
2. Zara, ALSA, Santos, SM, Fernandes-Oliveira, ES, Carvalho, GC, Coelho, GE. Estratégias de controle do *Aedes aegypti*: uma revisão. *Epidemiol. Serv. Saude*, Brasília, 25(2):391-404, abr-jun 2016.
3. Teich V, Arinelli R, Fahham, L. *Aedes aegypti* e sociedade: o impacto econômico das arboviroses no Brasil. *J Bras Econ Saúde* 2017;9(3): 267-276
4. Donalizio, MR, Freitas, ARR; Von Zuben, APB. Arboviroses emergentes no Brasil: desafios para a clínica e implicações para a saúde pública. *Rev Saude Publica*. 2017;51:30.
5. Medronho, RA. Dengue no Brasil: desafios para o seu controle. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(5):948-949, mai, 2008.
6. Braga, IA, Valle, D. *Aedes aegypti*: histórico do controle no Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2007 Jun; 16(2): 113-118.
7. Klein, GH, Guidi Neto, P, Tezza. Big Data e mídias sociais: monitoramento das redes como ferramenta de gestão. *Saúde e Sociedade*, 26(1), 208-217. 2017.
8. Giustini, D, Ali, SM, Fraser, M, Maged NKB. Effective uses of social media in public health and medicine: a systematic review of systematic reviews. *Online Journal of Public Health Informatics*. 10(2):e215, 2018.
9. Thackeray, R, Neiger, BL, Smith, AK, Van Wageningen, SB. “Adoption and use of social media among public health departments.” *BMC Public Health*, 12, 2012.
Magda Lopes. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
10. We Are Social. Digital in 2018. Essential insights into internet, social media, mobile, and ecommerce use around the world. 2018.
11. Sampieri, RH, Collado, CF, Lucio, PB. Metodologia de Pesquisa. São Paulo: MacGrawHill; 2006.

12. Creswell, John W. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto; tradução Magda Lopes. – 3 ed. – Porto Alegre: ARTMED, 296 páginas, 2010.
13. Vijaykumar, S, Raamkumar, AS. Zika reveals India's risk communication challenges and needs. *Indian J Med Ethics*. 2018 Jul-Sep;3(3):240-244. Epub 2018 Apr 12.
14. Silva, R. Análise dos discursos médicos na imprensa sobre as epidemias de dengue no Brasil. XXII Círculo Fluminense de Estudos Filológicos e Linguísticos. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2018.
15. Carvalho, SN. Metáfora e Saúde: uma guerra metafórica na luta contra um Estado em epidemia. *Vernaculum*, v. 2, n. 1, 2016.
16. Sobreira IL, Araujo IS. A dengue e as redes sociais online: análise das práticas comunicativas em saúde no ciberespaço.
17. Albarado, AJ. Campanhas audiovisuais do Ministério da Saúde contra dengue, zika e chikungunya nos anos de 2014 a 2017: análise das estratégias de comunicação em saúde. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília – Distrito Federal. 2018. p. 42-53.
18. Campos, VTN, Côrrea, LG. “Agora é guerra”: a presença do discurso mobilizador em campanhas de controle da dengue. *Reciis – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde*. 2019 jan-mar.;13(1) (2019).
19. Assis, SS, Pimenta, DN, Schall, VT. A dengue nos livros didáticos de ciências e biologia indicados pelo Programa Nacional do Livro Didático. *Ciência & Educação*, Bauru, v. 19, n. 3, p. 633-656, 2013.
20. Carvalho, SN. As forças armadas contra a dengue no Rio de Janeiro: Uma guerra lingüístico-discursiva através da metáfora conceptual. *Revista Philologus* 43 (2009): 79-82
21. Campos, VTN. Acabar com a dengue é uma “guerra de todos”? [manuscrito]: a presença do discurso mobilizador nas campanhas publicitárias de prevenção à dengue da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais / Vivian Tatiene Nunes Campos. - 2016.
22. Vasconcelos CM. Abordagem eco-bio-social para o controle das doenças transmissíveis pelo *Aedes aegypti*: uma intervenção em larga escala no Brasil. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2016.

Práticas Integrativas e Complementares (PICs) na prevenção e tratamento das arboviroses dengue, zika e chikungunya para a educação popular e promoção da saúde

João Armando Alves

RESUMO

Os cuidados populares aliados à ciência podem influenciar os determinantes de saúde. Nesse contexto, as Práticas Integrativas e Complementares são reconhecidas desde Alma-Ata em 1978 e no Brasil foi instituída em 2006, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). O Projeto ArboControl UnB/MS, realizou oficinas incluindo perguntas sobre a utilização de plantas e outras práticas como auxiliares na prevenção e tratamento das arboviroses, com objetivo de analisar sua aplicação segundo percepção popular e consulta à informantes-chave visando colaborar com a adesão às PICs, cujo método consiste numa investigação do vetor *Aedes aegypti* para dengue, zika e chikungunya. Trata-se de um estudo qualitativo, sob a coordenação do ECOS/FS/UNB. Analisou-se o conteúdo de oficinas com a comunidade em 02 municípios brasileiros, Cascavel/PR e Fortaleza/CE. Para análise das oficinas considerou-se os trechos onde emergiram todas as falas relacionadas ao tema. A auriculoterapia e a massoterapia foram reconhecidas como eficazes sobre os sintomas da chikungunya. Entre as plantas aplicadas como repelentes, banhos terapêuticos e na forma de chás, destacaram-se a citronela, erva de santa maria, arruda, arnica e o cravo da índia. A cana brejeira em infusão para banho foi recomendada para o alívio da coceira causada pela chikungunya. Conclui-se que o uso de plantas medicinais no cuidado à saúde está difundido no Brasil, mas é preciso orientação profissional e observar a regulamentação para garantir a segurança dos usuários. Sobre a prevenção, ficou evidente o interesse pelo efeito repelente das plantas. A PNPIC garante a oferta e acesso, mas a população precisa ser melhor informada sobre práticas do cuidado.

Descritores: Práticas Integrativas e Complementares, Educação para a Saúde Comunitária, Promoção da Saúde, Plantas Medicinais, Saúde das Comunidades.

ABSTRACT

The popular practices combined with science can influence the determinants of health. In this context, Integrative and Complementary Practices (ICPs) have been recognized since Alma-Ata in 1978, and in Brazil, the National Policy on Integrative and Complementary Practices (PNPIC) was established in 2006. The ArboControl UnB/MS Project conducted workshops including questions about the use of plants and other practices as adjuncts in the prevention and treatment of arboviruses, with the aim of analyzing their application based on popular perception and consultations with key informants, seeking to promote adherence to ICPs. The study method involved investigating the vector *Aedes aegypti* for Dengue, Zika, and Chikungunya. This is a qualitative study, coordinated by ECOS/FS/UNB. The content of workshops with the community in two Brazilian municipalities, Cascavel/PR and Fortaleza/CE, was analyzed. The analysis of the workshops focused on the sections where all the statements related to the theme emerged. Auriculotherapy and massage therapy were recognized as effective for chikungunya symptoms. Among the plants used as repellents, for therapeutic baths, and in teas, citronella, Santa Maria herb, rue, arnica, and clove stood out. Cane brejeira infused for baths was recommended to relieve itching caused by chikungunya. The conclusion is that the use of medicinal plants for health care is widespread in Brazil, but

professional guidance and regulation are necessary to ensure user safety. Regarding prevention, there was evident interest in the repellent effect of plants. The PNPIC guarantees access and provision, but the population needs to be better informed about care practices.

Descriptors: Complementary Therapies, Health Education, Health Promotion, Plants Medicinal, Public Health.

RESUMEN

Los cuidados populares combinados con la ciencia pueden influir en los determinantes de salud. En este contexto, las Prácticas Integrativas y Complementarias (PIC) han sido reconocidas desde Alma-Ata en 1978 y, en Brasil, se instauró en 2006 la Política Nacional de Prácticas Integrativas y Complementarias (PNPIC). El Proyecto ArboControl UnB/MS llevó a cabo talleres que incluyeron preguntas sobre el uso de plantas y otras prácticas como auxiliares en la prevención y tratamiento de las arbovirosis, con el objetivo de analizar su aplicación según la percepción popular y consultas a informantes clave, con el fin de colaborar con la adhesión a las PIC, cuyo método consiste en una investigación sobre el vector *Aedes aegypti* para el dengue, zika y chikungunya. Se trata de un estudio cualitativo, coordinado por el ECOS/FS/UNB. Se analizó el contenido de los talleres realizados con la comunidad en dos municipios brasileños, Cascavel/PR y Fortaleza/CE. Para el análisis de los talleres, se consideraron los fragmentos donde surgieron todas las intervenciones relacionadas con el tema. La auriculoterapia y la masoterapia fueron reconocidas como eficaces para los síntomas de la chikungunya. Entre las plantas utilizadas como repelentes, para baños terapéuticos y en forma de té, destacaron la citronela, la hierba de Santa María, la ruda, la árnica y el clavo de olor. La caña brejeira en infusión para baño fue recomendada para aliviar la picazón causada por la chikungunya. Se concluye que el uso de plantas medicinales en el cuidado de la salud está ampliamente difundido en Brasil, pero es necesario contar con orientación profesional y observar la reglamentación para garantizar la seguridad de los usuarios. En cuanto a la prevención, quedó claro el interés por el efecto repelente de las plantas. La PNPIC garantiza la oferta y el acceso, pero la población necesita estar mejor informada sobre las prácticas de cuidado.

Descritores: Terapias Complementarias, Educación en Salud, Promoción de La Salud, Plantas Medicinales, Salud Pública.

INTRODUÇÃO

A abordagem das práticas integrativas nos sistemas de saúde tem origem na Conferência de Alma-Ata em 1978 e, no Brasil, a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), por ocasião da estruturação do Sistema Único de Saúde, conquistou espaço complementar nas práticas terapêuticas biomédicas dos serviços de saúde e contou com o reconhecimento da Organização Mundial de Saúde (OMS). Para Telesi Júnior¹, trata-se de recurso que leva em conta a subjetividade de cada usuário na perspectiva da interdisciplinaridade por meio da aplicação do conhecimento tradicional no cuidado integral.

No ano de 2006 foi instituída pelo Ministério da Saúde² e aprovada pela Portaria 971 (MS), a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) que agrega novas práticas terapêuticas para o cuidado à saúde na perspectiva da integralidade. Entende-se por PICs todas as atividades devidamente regulamentadas e inseridas na PNPIC/MS, desenvolvidas por meio de ações integradas de caráter interdisciplinar, entre as quais se incluem: a Medicina Tradicional Chinesa, a Homeopatia e a Medicina Antroposófica, os Recursos Terapêuticos como a Fitoterapia, as Práticas corporais e meditativas, e o Termalismo - Crenoterapia, além das demais práticas que venham a ser reconhecidas pela PNPIC/MS. Esta política foi escolhida como o marco normativo e teórico dessa pesquisa, sem deixar de considerar toda a história que a antecede com base na literatura científica.

As PICs podem estabelecer uma relação com a população, realizando trocas culturais e regionais por meio da educação popular. A educação popular em saúde não está centrada na representação médica e hospitalar, ela pode ser realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e outros profissionais da área em conjunto com representações comunitárias do local, criando uma ponte de comunicação entre os envolvidos e maior aproximação por já se conhecerem³.

No âmbito da saúde, a educação passou a auxiliar na mudança de hábitos da comunidade, sendo aplicada como reorientação das práticas diárias de cada um e adequando-as à rotina e realidade de cada indivíduo. Para Vasconcelos³ (2001), a educação popular foi construída com base na medicina integral que busca integrar as diversas profissões e áreas de conhecimento.

A relação com a população, de forma alguma, se restringe aos grupos organizados. Há uma grande valorização das trocas interpessoais que acontecem tanto nos contatos formais (consultas individuais, reuniões educativas e visitas domiciliares) como também nos contatos informais e na participação em eventos sociais locais. Na dinâmica desses serviços de saúde, a palavra diálogo é um conceito fundamental. Um diálogo no qual esforça-se para compreender e explicitar o saber do interlocutor popular. Em várias experiências, os profissionais radicalizam esta busca de aproximação ao meio popular indo, inclusive, morar próximo a esses grupos³.

Conforme noticiado pela Agência Câmara⁴ (2019), atualmente tramita no Congresso Nacional, já aprovado pela Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados, o Projeto de Lei 2821/19 a ser analisado em caráter conclusivo, pelas comissões

de Finanças e Tributação; e Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJ), que transforma em Lei a PNPIC, implementada até agora por meio de portarias do Ministério da Saúde desde 2006.

Segundo o Ministério da Saúde⁵, há o crescimento da adesão dos usuários aos referidos recursos ofertados. No ano de 2018, foram disponibilizadas mais dez práticas aos serviços como: Apiterapia, Aromaterapia, Bioenergética, Constelação Familiar, Cromoterapia, Imposição de Mãos, Ozonioterapia e Terapia de Florais. Atualmente, são 29 práticas disponibilizadas pelo SUS, de forma integral e gratuita para toda a população. O MS garante também, que os gestores têm autonomia para inserir as novas práticas no Plano de Saúde de seu município, que os recursos a serem aplicados estão previstos no Piso da Atenção Básica (PAB) e disponibiliza o manual¹⁴ para a implantação das referidas práticas nas unidades de saúde⁵.

A participação da comunidade com ênfase na redução dos criadouros domésticos é indicada como um importante eixo para a vigilância e monitoramento do *Aedes aegypti*, onde os determinantes sociais têm seus impactos negativos reduzidos na proporção em que a educação popular adquire ganhos potenciais com seu fomento e desenvolvimento. Gonçalves⁶ (2015), afirma ainda que na prática, o modelo apresentado desde o extinto Plano de erradicação do *Aedes aegypti* com base em métodos não horizontais, pode comprometer as propostas de descentralização das ações de saúde, onde a participação comunitária deixa de representar um dos principais componentes para garantir a sua eficácia. A co-participação da comunidade para a prevenção das arboviroses no processo do autocuidado, quando confrontada com ações prescritas e interventivas não abre possibilidade de independência e protagonismo da população⁶.

De acordo com o MS, o Brasil é referência mundial em PICs na Atenção Básica. Em 2017, as terapias das PICs estavam presentes em 9.350 estabelecimentos em 3.173 municípios, sendo que 88% foram oferecidas na Atenção Básica e registrados 1,4 milhão de atendimentos individuais. Somando as atividades coletivas, a estimativa é que cerca de 5 milhões de pessoas por ano participem dessas práticas no SUS⁵.

A acupuntura é a mais difundida com 707 mil atendimentos e 277 mil consultas individuais. Em segundo lugar, estão as práticas da Medicina Tradicional Chinesa com 151 mil sessões, como *taichi-chuan* e *liangong*. Em seguida aparece a auriculoterapia com 142

mil procedimentos. Também foram registradas 35 mil sessões de *yoga*, 23 mil de dança circular/biodança e 23 mil de terapia comunitária⁵.

As evidências têm mostrado os benefícios do tratamento integrado entre medicina convencional e práticas integrativas e complementares. Além disso, há crescente número de profissionais capacitados e habilitados e maior valorização dos conhecimentos tradicionais de onde se originam grande parte dessas práticas. No ano de 2019 foram capacitados mais de 30 mil profissionais⁵.

As arboviroses, componentes do objeto deste estudo, dengue, zika e chikungunya, são causadas por vírus transmitidos por picadas de insetos, especialmente os mosquitos, nesse caso, pelo mosquito *Aedes aegypti*, conforme descrição do Ministério da Saúde⁷ (2019). A dengue é uma doença febril grave que tem como principais sintomas, dores intensas de cabeça e nos músculos, apresenta febre alta de 4 a 7 dias, podendo em alguns casos evoluir para óbito. A zika apresenta risco superior a outras arboviroses para o desenvolvimento de complicações neurológicas, como encefalites, Síndrome de GuillainBarré e apresenta sintomas como hipertrofia ganglionar intensa e coceira de moderada a intensa, com febre baixa ou ausência de febre. A infecção por chikungunya começa com febre, dor de cabeça, mal estar, dores pelo corpo e muita dor nas articulações como joelhos, cotovelos, tornozelos, com quadro de febre alta de 2 a 3 dias⁷.

Este artigo tem como objetivo buscar a correlação entre as PICs e o tratamento das arboviroses dengue, zika e chikungunya com base nas oficinas realizadas pelos pesquisadores do Projeto ArboControl⁸ (2019) junto à comunidade, em dois dos dezesseis municípios avaliados para conhecer sua percepção sobre o vetor *Aedes aegypti* e a transmissão das três arboviroses. Para este estudo considerou-se todo o conteúdo referente às práticas integrativas que emergiu dos diálogos sobre as ações de PICs realizadas no cotidiano das pessoas e informações-chave coletadas a partir de entrevistas com três profissionais que atuam no serviço, vinculados às secretarias de saúde dos seus respectivos estados. Os resultados apresentados referem-se às oficinas realizadas em Fortaleza (CE) e na cidade de Cascavel (PR), onde foram mencionadas a auriculoterapia e a massoterapia como as ações de PICs que demonstraram eficácia no tratamento das dores causadas pela chikungunya⁸.

As referências relacionadas às práticas integrativas e complementares em saúde e às arboviroses, agregadas ao método de análise de conteúdo com ênfase na oficina realizada em Fortaleza/CE, formam o conjunto de elementos que buscam atender ao objetivo geral do

estudo que consiste na análise das ações de PICs no território, na perspectiva do tratamento dos sintomas das arboviroses dengue, zika e chikungunya.

MÉTODO

Este estudo é parte de um convênio firmado entre o Ministério da Saúde e a Universidade de Brasília para execução das ações de interesse na modalidade de projeto de pesquisa, financiadas com recursos do Ministério da Saúde. Como contrapartida, a Universidade de Brasília alocou instalações físicas, equipamentos, material de consumo e pessoal, particularmente docentes coordenadores de pesquisa e alunos de graduação e pós-graduação participantes como pesquisadores voluntários e bolsistas. Seus quatro componentes são: componente 1 - Estabelecimento de um programa integrado e simultâneo para o controle do vetor; componente 2 - Novas tecnologias em saúde; componente 3 – Educação, informação e comunicação para o controle do vetor; componente 4 – Formação e capacitação profissional⁸.

Nesse contexto, o Projeto ArboControl⁸ consiste na proposta de investigação do controle do vetor *Aedes aegypti* e das arboviroses dengue, zika e chikungunya e, insere-se no âmbito da Faculdade de Ciências da Saúde e do Núcleo de Estudos de Saúde Pública (NESP), do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares (CEAM), com a participação de laboratórios, pesquisadores e professores dos departamentos de Saúde Coletiva e de Farmácia, além de pesquisadores colaboradores e de discentes dos demais cursos de graduação e pós-graduação da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB).

Trata-se de um estudo exploratório, qualitativo, descritivo e estruturado com base na análise de conteúdo e revisão de literatura, recortado por dois dos objetivos específicos do componente 3 do ArboControl, sob a coordenação do Laboratório de Educação, Comunicação e Informação em Saúde – ECOS/FS/UNB, sendo eles: 1) realizar oficinas de produção de conteúdo, em municípios das cinco regiões brasileiras, com maior incidência das arboviroses dengue, zika e chikungunya para tradução do conhecimento à população de risco, visando à sustentabilidade das campanhas e ações de educação, informação e comunicação, produzidas pelo Ministério da Saúde e, 2) identificar práticas exitosas de gestão e uso do conhecimento da população no controle do vetor *Aedes aegypti* e as arboviroses dengue, zika e chikungunya⁸.

Para a sistematização, consideraram-se duas oficinas realizadas pelos pesquisadores do Projeto ArboControl nos municípios de Fortaleza/CE e Cascavel/PR, no ano de 2017. A

seleção desses municípios seguiu os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos no projeto matriz. Em síntese, selecionaram-se municípios urbanos, capitais ou não, em média três por região, de acordo com o Levantamento de Índices do *Aedes aegypti* (LIRAA) considerado satisfatório segundo critérios do Ministério da Saúde.

Tabela 1: Retrato dos municípios onde ocorreram as oficinas, de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

REGIÃO	UF	MUNICÍPIO	ÁREA TERRITORIAL	POPULAÇÃO ESTIMADA	DENSIDADE DEMOGRÁFICA	ESCOLARIZAÇÃO 6 A 14 ANOS	IDHM - Índice de Desenvolvimento Municipal	MORTALIDADE INFANTIL
Nordeste	CE	Fortaleza	312,407 km ² [2018]	2.669.342 pessoas [2019]	7.786,44 hab/km ² [2010]	96,1 % [2010]	96,1 % [2010]	13,54 óbitos/mil nascidos vivos [2017]
Sul	PR	Cascavel	2.101,074 km ² [2018]	328.454 pessoas [2019]	136,23 hab/km ² [2010]	98,1 % [2010]	0,782 [2010]	9,84 óbitos/mil nascidos vivos [2017]

Fonte: ALVES, 2019

Para apoiar a análise de conteúdo das oficinas e também para responder outras questões que surgiram durante o desenvolvimento do estudo, elaborou-se um instrumento semiestruturado com nove perguntas orientadoras para informantes-chave e foram selecionados três participantes por conveniência para realizar duas entrevistas à distância em dois dos municípios que participaram da pesquisa, utilizadas como fonte de dados primária. Para a entrevistada do município de Cascavel (PR), uma enfermeira que atua na SES com a prática da auriculoterapia, enviou-se os arquivos no formato PDF do roteiro de entrevista e do TCLE e foi previamente acordado por contato telefônico de que as respostas seriam enviadas ao pesquisador em áudio gravado via aplicativo *Whatsapp*, inclusive o aceite do TCLE. Para cada uma das nove perguntas, ela enviou um áudio separado.

A entrevista com a participante do município de Fortaleza (CE) foi realizada por telefone celular e gravada no próprio aparelho após a leitura do TCLE pelo entrevistador e do aceite dos termos pela entrevistada. Posteriormente, as duas entrevistas foram transcritas e analisadas segundo a correspondência das respostas em relação às perguntas do roteiro.

A análise de conteúdo foi realizada com base na metodologia de Bardin⁹ (2011), que consiste na utilização de um conjunto de instrumentos metodológicos mediante aplicação de técnicas para a organização e categorização de conteúdo e para a inferência de resultados, considerando-se subjetividades e estudos empíricos por meio de uma hermenêutica controlada e rigor científico, resultando num instrumento de análise das comunicações.

Nas bases de dados utilizadas para pesquisa de literatura, SCIELO e BVS, utilizaram-se os descritores: comunidade; práticas integrativas; educação em saúde; dengue, zika, chikungunya; e, arboviroses, no intervalo de 2006 a 2018.

Para processamento dos dados foram utilizados os *softwares Iramuteq, Excel* versão 2010 e *Word* 2010, com apresentação na forma de planilhas e gráficos complementares à narrativa e dissertação em texto.

A partir do processo de categorização do conteúdo transcrito das oficinas conduzidas por equipes de pesquisadores do projeto realizadas nos dois municípios visitados, a análise de conteúdo definiu as categorias para buscar responder a pergunta de pesquisa e aos objetivos propostos pelo estudo, definido como uma base de dados secundária. Considerou-se todo o conteúdo desde as apresentações dos pesquisadores e participantes até o encerramento de cada oficina e todas as falas que emergiram com alguma menção às ações de PICs foram tratadas como unidade de registro. Estabeleceu-se como unidade de registro o conjunto de falas relacionadas às categorias de análise, sem identificar os participantes.

Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (CEP/FS/UnB), sob pareceres de número 2.480.722 (projeto original) e 2.608.178 (emenda do projeto) 75119617.2.0000.0030.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A elaboração das categorias de análise ocorreu após um primeiro contato com o conteúdo das transcrições e observados os elementos que emergiram da leitura. O fato é que as categorias já estão presentes no conteúdo. Cabe ao pesquisador organizá-las e distribuir os trechos transcritos na forma de unidades de registro para posteriormente realizar o agrupamento das falas categorizadas. As inferências ocorrem com base no conhecimento prévio dos conceitos de análise para compreender e interpretar os registros e por fim é possível elaborar hipóteses sobre o conjunto de informações, segundo Minayo¹⁰, 2012.

Na fase de análise, houve a necessidade de recorrer à literatura para buscar as referências conceituais e metodológicas a fim de conhecer os procedimentos e técnicas utilizados inicialmente para interpretação dos textos e para assimilar os elementos históricos e seus significados com objetivo de alcançar a compreensão da realidade, quando se trata do uso da linguagem falada e escrita. É nessa perspectiva que o pensamento de Gadamer¹¹ (1997), colabora para o desenvolvimento da metodologia de análise. Destaca-se o dinamismo dos processos dialéticos sob a lente das contradições no contexto da sociedade e suas instituições, que fica ainda mais evidente quando se aproxima da realidade cotidiana da

população. São esses recursos que possibilitaram o desenvolvimento do ato de leitura e inferências do conteúdo das oficinas.

Do conjunto de quarenta e duas oficinas realizadas em dezesseis municípios brasileiros no ano de 2017 pelo projeto ArboControl, destacou-se por conveniência e pelo maior volume de dados referentes às PICs, bem como pela oportunidade da realização de entrevistas com informantes-chave, os municípios de Cascavel/PR e Fortaleza/CE para produzir este artigo.

As plantas medicinais de fácil acesso e mais conhecidas popularmente, especialmente aquelas aplicadas como repelentes, para o preparo de banhos terapêuticos e utilizadas na forma de chás, destacam-se entre as mais mencionadas nas falas dos participantes das oficinas. Com a função repelente, seja para o ambiente ou para aplicar na pele ou nos banhos, a citronela, erva de santa maria, arruda, arnica ou cravo da índia diluídos em álcool, separadamente ou em combinações variadas foram as mais citadas. Para os chás, surgiram receitas à base de picão e melão de são caetano. Para tratar a coceira no corpo causada pela chikungunya, foi mencionada a cana brejeira como recomendação de infusão para banho.

O quadro a seguir, lista os sintomas relacionados às três arboviroses, alguns deles são específicos de cada uma delas, outros são comuns entre todas variando na sua intensidade e na possibilidade de não ocorrerem.

Quadro 1: Quadro com sugestão de PICs que podem tratar ou aliviar os sintomas das arboviroses

PICS Sugeridas	SINTOMAS	DENGUE	ZIKA	CHIKUNGUNYA
Acupuntura	Dor de cabeça intensa	SIM		
	Dor de cabeça moderada		SIM	SIM
Auriculoterapia	Hipertrofia ganglionar leve	SIM		
	Hipertrofia ganglionar intensa		SIM	
Automassagem	Manchas na pele	SIM		SIM
	Manchas vermelhas intensas		SIM	
Biodança	Febre acima de 38°C	SIM		SIM
	Afebril ou subfebril 38°C		SIM	
Meditação	Coceira Leve	SIM		SIM
	Coceira moderada ou intensa		SIM	
Homeopatia	Edema na articulação	SIM		
	Inchaço nas articulações frequente e leve		SIM	
Fitoterapia	Inchaço nas articulações frequente, moderada a intensa			SIM
	Acometimento neurológico raro	SIM	SIM	SIM
Yoga	Conjuntivite raro	SIM		
	Conjuntivite frequente		SIM	
Yoga	Conjuntivite frequente 30% dos casos			SIM
	Dor articular Leve	SIM		
Yoga	Dor articular moderada		SIM	
	Dor articular moderada a intensa			SIM
Yoga	Dor nos músculos intensa	SIM		
	Dor nos músculos moderada		SIM	
Yoga	Dor nos músculos intensa			SIM
	Discrasia hemorrágica moderada	SIM		

Fonte: ALVES, 2019.

O portal do Ministério da Saúde⁵ (2018), oferece uma lista completa das PICs e descreve a função de cada uma delas.

As sugestões de PICs que se aplicam para alívio de alguns desses sintomas podem ser acessadas segundo oferta nos serviços da Atenção Básica após consultas e encaminhamentos ou naquelas unidades que oferecem grupos abertos para a comunidade. As técnicas de automassagem e uso de plantas estão entre as mais acessíveis porque a população pode se utilizar delas nos seus domicílios. Recomenda-se atenção na escolha das plantas e busca por informação sobre sua identificação correta, quantidade e forma de preparo para evitar riscos na sua utilização.

Mencionada por participantes das oficinas como aquela PIC que apresentara bons resultados sobre as dores de cabeça, nas articulações e músculos referentes aos casos de chikungunya, a Auriculoterapia ou Acupuntura Auricular consiste numa técnica terapêutica que estimula pontos energéticos concentrados na região da orelha - que formam um microsistema que representa todo o corpo. O estímulo desses pontos sensíveis por meio de agulhas, sementes de mostarda, previamente preparadas para esse fim, esferas de ouro, prata ou cristal, promovem a regulação orgânica e psíquica do indivíduo⁵. Segundo relatos de usuários dos serviços de PICs ofertados no município de Fortaleza/CE:

”A que tem se mostrado mais eficiente em relação à chikungunya tem sido a auriculoterapia.”

“Das práticas integrativas, a que tem sido a mais eficiente é a auriculoterapia. É a que tem reduzido muito as dores das pessoas.”

As duas frases denotam que há um conhecimento por parte das pessoas sobre quais práticas tem maior eficácia sobre os sintomas causadores da dor e que elas sabem que se trata de uma prática integrativa.

A auriculoterapia aplicada para tratar os sintomas causados pela chikungunya mereceu uma tese de doutorado pela UFMG, onde Coutinho¹² (2018) defende que as evidências mostram sua eficácia capaz de reduzir a inflamação e a dor de forma segura em pacientes com condições agudas e crônicas. Associada complementar ao tratamento medicamentoso, a Auriculoterapia apresenta efeito indireto benéfico na redução da incapacidade causada pela intensidade da dor e de limitação da mobilidade em pessoas sintomáticas pós Febre Chikungunya.

A massoterapia também emergiu da fala de um participante da oficina em relação às dores causadas pela chikungunya como uma boa alternativa em concordância de que a auriculoterapia mencionada na fala anterior, também demonstra eficácia.

“Sim... a Massoterapia também ajuda.” (Fortaleza/CE)

Trata-se de uma técnica de massagem com as mãos sobre regiões do corpo com a finalidade de melhorar o funcionamento do organismo como um todo. A Massoterapia atua sobre o conjunto de fatores físicos e psicológicos, promove o relaxamento muscular e representa uma manifestação de cuidado, humanização e atenção de acordo com as necessidades de cada pessoa. Uma recente revisão de literatura sobre os efeitos da Massoterapia sobre o alívio das dores e para o equilíbrio imunológico, não menciona diretamente eficácia sobre os sintomas da chikungunya, mas corrobora com os relatos acima. Em sua publicação, Carvalho¹³ (2018), descreve a importância do fluxo sanguíneo para a manutenção da vida, pois em desequilíbrio pode causar um processo inflamatório nos tecidos causando dor e adoecimento. Nesse sentido, a massagem terapêutica atua sobre a circulação do sangue nas áreas tensionadas do corpo e desperta o funcionamento de outros mecanismos biológicos responsáveis pela eliminação de toxinas, regulação térmica, ativação das células de defesa, normalização das atividades hormonais, oxigenação das células, promovendo a atividade normal de todos os tecidos e órgãos¹³.

Em consonância com a fala dos participantes das oficinas, os informantes-chave acrescentam que algumas PICs dependem de acompanhamento de profissional na sua aplicação, outras podem ser realizadas em casa pelo próprio usuário e que todas as ações de iniciativa popular são consideradas e precisam ser valorizadas, observando-se alguns critérios de segurança nos seus usos e aplicações. Reconhecem que a PNPIC atua no sentido de orientar a produção do cuidado e organiza as práticas por meio dos seus princípios e diretrizes, sem deixar de considerar toda a história da medicina tradicional que a antecede.

Considerações

As arboviroses apresentam um conjunto de sintomas sistêmicos que podem ser tratados pelas PICs nas intervenções clínicas observando-se as iniciativas e adesão espontânea dos seus usuários.

Os resultados observados apontam para a importância das ações de PICs no serviço com maior investimento dos gestores de forma regulamentada, na capacitação e valorização dos facilitadores, para o seu fortalecimento. Evidenciam ainda, a necessidade de ampliação da oferta e do acesso para a comunidade, com destaque para aquelas práticas mencionadas por sua eficácia no tratamento dos sintomas das arboviroses. Estabelecer uma relação direta das PICs com o tratamento da dengue, da zika e da chikungunya é uma proposta que pode contribuir para a realização de novos estudos e produção científica sob essa ótica. A título de recomendação desse estudo, além da oferta usual das PICs nas unidades de saúde, aquelas que se destacam pelo reconhecimento e aceitação pela população podem ter sua oferta ampliada para as ações programadas como grupos abertos à comunidade ou tendas itinerantes durante as campanhas sobre as arboviroses.

O campo das Práticas Integrativas e Complementares revela-se um potente colaborador para o fortalecimento da rede de serviços hierarquizada e horizontalizada, com forte tendência para a participação comunitária, valorizando princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo a democratização do acesso para alcançar a integralidade na saúde dos usuários.

REFERÊNCIAS

1. Telesi Jr, Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. *Estud. av.*, São Paulo, v. 30, n. 86, p. 99-112, Apr. 2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142016000100099&lng=en&nrm=iso>. Access on 08 May 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142016.00100007>.

2. Brasil MS, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso, 2ª ed., 1ª reimp., Brasília, Ministério da Saúde, 2018, ISBN 978-85-334-2146-2.
3. Vasconcelos EM, Redefinindo as práticas de saúde a partir de experiências de educação popular nos serviços de saúde. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, 2001, 5: 121-126. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832001000100009> Acesso em 18 de fev. de 2020. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832001000100009>
4. Brasil CD, Projeto de Lei 2821/19, Comissões de Finanças e Tributação; e Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJ), Agência Câmara de Notícias. <https://www.camara.leg.br/noticias/581324-aprovada-proposta-que-estimula-adocao-de-tratamentos-alternativos-no-sus/> acesso em 21/05/20
5. Brasil MS, (2018): Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/42737-ministerio-da-saude-inclui-10-novas-praticas-integrativas-no-sus> - acessado em 21/05/20
6. Gonçalves RP, et al . Contribuições recentes sobre conhecimentos, atitudes e práticas da população brasileira acerca da dengue. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 578-593, June 2015. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000200578&lng=en&nrm=iso>. access on 16 Jan. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015000200015>.
7. Brasil MS, Informes de Arboviroses: Combate ao Aedes Aegypti: prevenção e controle da Dengue, Chikungunya e Zika, 2019, <https://www.saude.gov.br/informes-de-arboviroses> - acessado em 21/05/2020
8. ArboControl, Gestão da informação, educação e comunicação no controle das arboviroses dengue, zika e chikungunya Projeto de pesquisa entre Ministério da Saúde e Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Brasília, Distrito Federal, 2018.
9. Bardin, Laurence. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011, 229 p.
10. Minayo MCS, Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, Mar. 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-1232012000300007&lng=en&nrm=iso>. Access on 31 July 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>.
11. Gadamer H-G, Verdade e método / Hans-Georg Gadamer; tradução de Flávio Paulo Meurer - Petrópolis, RJ: Vozes, 1997. Título original: Wahrheit und Methode. Bibliografia. ISBN 85-326-1787-5 https://disciplinas.usp.br/pluginfile.php/2442370/mod_resource/content/1/VerdadeEM%C3%A9t%20odo.pdf acesso em 14/09/19
12. Coutinho BD, Efeitos da auriculoterapia na dor e limitação da mobilidade de indivíduos com febre Chikungunya. – 2018. 159 f. : il. Orientadora: Renata Noce Kirkwood Co-Orientador: Pedro Olavo de Paula Lima Tese (doutorado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional.
13. Carvalho RJ, Maria Antonieta Pereira Tigre Almeida, Título: Efeitos da Massoterapia sobre o Sistema Imunológico, Rev. Mult. Psic. V.12, N. 40. 2018 - ISSN 1981-1179 Edição eletrônica em <http://idonline.emnuvens.com.br/idPDF:file:///C:/Users/UnB/Downloads/1118-3888-1-PB.pdf> - acesso em 20.05.20
14. Brasil MS, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Manual de Implantação de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, Brasília, MS 2018, 56 p., ISBN 978-85-334-2584-2.

Referências Complementares

- Ischkamanian PC, Pelicioni MCF. Desafios das práticas integrativas e complementares no SUS visando à promoção da saúde. Rev. bras. crescimento desenvolv. hum., São Paulo, v. 22, n. 2, p. 233-238, 2012. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822012000200016&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 08 maio 2018.

Lima KMSV, Silva KL, Tesser CD, Práticas integrativas e complementares e relação com promoção da saúde: experiência de um serviço municipal de saúde. *Interface (Botucatu), Botucatu*, v. 18, n. 49, p. 261-272, June 2014.

Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000200261&lng=en&nrm=iso>. accessed 08 May 2018. Epub Mar 10, 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0133>.

Nascimento MVN, Oliveira IF, Práticas integrativas e complementares grupais e o diálogo com a educação popular. *Psicol. pesq., Juiz de Fora*, v. 11, n. 2, p. 89-97, dez. 2017. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472017000200011&lng=pt&nrm=iso>. accessed 14 ago. 2019. <http://dx.doi.org/10.24879/2017001100200190>.

Os Dentistas e Suas Trajetórias no Campo Burocrático Estadual

Sisse Figueredo de Santana,

Sonia Cristina Lima Chaves

Resumo

Objetivo: Este estudo caracterizou as trajetórias sociais e disposições dos coordenadores, técnicos e dirigentes do campo burocrático estadual de saúde bucal em dois estados brasileiros, além de um consultor em saúde bucal do Ministério da Saúde. **Método:** Realizou-se um estudo exploratório de abordagem qualitativa, a partir das categorias agente, disposições e campo, desenvolvidas pelo sociólogo francês Pierre Bourdieu. Foram conduzidas quinze entrevistas em profundidade que forneceram informações sobre as trajetórias sociais e profissionais dos entrevistados, bem como seus pontos de vista acerca da atuação da esfera estadual e das condições históricas de possibilidade de implantação da política de saúde bucal no âmbito estadual. **Resultados:** majoritariamente graduou-se em instituições públicas, com equilíbrio no grupo estudado em relação à origem social. A inserção no campo burocrático estadual foi influenciada pela disposição voltada ao campo burocrático, inquietação com o serviço público, redução do mercado privado e a expansão do campo da saúde coletiva. A trajetória dos agentes evidenciou uma interseção muito baixa do campo burocrático da saúde bucal com os campos político e científico, além da baixa disposição política dos agentes da burocracia estatal. Há um grupo predominante de mulheres com disposição sanitária movido pelo interesse universal, expressando seu “amor pela clínica e pela saúde pública”. **Conclusão:** a ambivalência de identidade dentista/sanitarista decorrente da influência exercida pelo campo de origem da odontologia pode dificultar as disposições de luta dos dentistas no interior do campo burocrático estadual.

Palavras-Chave: Saúde bucal. Política de saúde. Política pública. Gestão em Saúde.

Dentists and their trajectories in the state bureaucratic field

Summary

This study characterized the social trajectories and dispositions of the coordinators, technicians and leaders of the state bureaucratic field of oral health in two Brazilian states, as well as a consultant in oral health of the Ministry of Health. An exploratory study of a qualitative approach was carried out. of categories agent, dispositions and field, developed by the French sociologist Pierre Bourdieu. Fifteen in - depth interviews were conducted, which provided information on the social and professional trajectories of the interviewees, as well as their views on the state sphere and the historical conditions for the implementation of oral health policy at the state level. The majority graduated in public institutions, with balance in the studied group in relation to social origin. The insertion in the state bureaucratic field was influenced by the disposition directed to the bureaucratic field, restlessness with the public service, reduction of the private market and the expansion of the field of collective health. The trajectory of the agents evidenced a very low intersection of the bureaucratic field of oral health with the political and scientific fields, besides the low political disposition of the agents of the state bureaucracy. There is a predominant group of women with a sanitary disposition driven by universal interest, expressing their "love for the clinic and public health". In this

sense, the ambivalence of sanitary dentist identity due to the influence exercised by the field of dentistry origin can make it difficult for dentists to fight within the state bureaucratic field.

Key words: Oral health. Health policy. Public policy. Health manager.

Los dentistas y sus trayectorias en el campo burocrático estatal

Resumen

Este estudio caracterizó las trayectorias y disposiciones sociales de coordinadores, técnicos y directores del campo burocrático estatal de salud oral en dos estados brasileños, además de un consultor del Ministerio de Salud. Método: Se realizó un estudio exploratorio cualitativo, basado en las categorías agente, disposiciones y campo, desarrollado por el sociólogo francés Pierre Bourdieu. Se realizaron quince entrevistas que proporcionaron información sobre las trayectorias sociales y profesionales de los entrevistados, así como sus opiniones sobre el desempeño estatal y las condiciones históricas para implementar políticas de salud oral a nivel estatal. Resultados: La mayoría se graduó de instituciones públicas, con equilibrio en el grupo estudiado en relación con el origen social. La inserción en el campo burocrático estatal estuvo influenciada por la disposición hacia el campo burocrático, la inquietud con el servicio público, la reducción del mercado privado y la expansión del campo de la salud pública. La trayectoria de los agentes mostró una intersección baja del campo burocrático de la salud oral con los campos político y científico, además de la baja disposición política de los agentes de la burocracia estatal. Hay un grupo predominante de mujeres con una disposición de salud impulsada por el interés universal, expresando su "amor por la clínica y la salud pública". Conclusión: la ambivalencia de la identidad dentista / sanitaria resultante de la influencia del campo de origen de la odontología puede dificultar las disposiciones de lucha de los dentistas dentro del campo burocrático estatal.

Palabras clave: salud bucal. Política de salud. Política pública. Manejo de la salud.

Introdução

O processo social que levou à formalização do ensino da odontologia no Brasil instituiu o Curso de Odontologia em 25 de outubro de 1884 pelo Decreto nº 9.311¹, dependente dos cursos de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro. Embora originalmente a odontologia tenha caminhado com a medicina, a profissão de Cirurgião-Dentista (CD) foi regulamentada no país pela Lei nº 5.081 de 24 de agosto de 1966² e desde então vem se constituindo historicamente³, como prática social com forte componente técnico, voltada para o mercado privado.

Nesse contexto, o espaço das políticas de saúde bucal se organizou nos anos de 1980 em dois espaços, o polo público, representado pelo Instituto de pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), pela Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP) e o pelo Ministério da Saúde (MS), contribuindo com a atenção odontológica aos usuários e com a criação de medidas de impacto populacional como a fluoretação das águas de abastecimento público, e do outro lado

o espaço do mercado, liberal, representado pelas entidades de classe em defesa de seus interesses, além da expansão de clínicas odontológicas e da indústria de equipamentos e insumos⁴

Com a emergência do espaço da Saúde Coletiva (SC) nos anos 1970⁵ e a consequente politização de agentes do campo odontológico críticos às correntes alternativas em curso na década de 1980, especialmente a Odontologia Simplificada e a Odontologia Integral, iniciou-se a conformação de uma rede de relações entre agentes e instituições, elevando a crítica às práticas odontológicas de mercado. Em meados da década de 1990 surgiu o subespaço da Saúde Bucal Coletiva (SBC), cuja característica foi a forte crítica ao descompasso entre os avanços técnicos e científicos e o acesso da população aos serviços de saúde bucal⁶. A PNSB, denominada Brasil Sorridente, lançada em 2004, ainda que não seja a primeira política, mas a mais organizada, marca uma resposta social do Estado brasileiro frente aos principais problemas bucais da população, foi resultado da ocupação de dentistas da SBC que produzirão um discurso de defesa da saúde bucal como direito, de abordagem populacional e integral e para além da boca⁶. Suas principais diretrizes tem sido a ampliação da atenção primária na ESF, oferta da atenção odontológica especializada nos CEOs, manutenção da fluoretação das águas e a contínua vigilância em saúde bucal⁴.

De acordo com Soares⁶, a SBC teve sua origem a partir do subespaço burocrático, representado sobretudo por agentes que estavam ligados à implantação das Políticas de Saúde Bucal no sistema público de saúde, tornando-se posteriormente objeto de reflexão teórica e de investigação. Na mesma direção, Rossi⁴, analisando a gênese da política de saúde bucal nos anos 1950 a 2004, revelou que a influência do gestor nacional na formulação da política estava ligada ao seu grau de ajustamento ao campo burocrático e ao acúmulo de capital político, com indicação ao cargo decorrente de seu capital social acumulado.

São significativas as modificações no exercício da profissão de CD ao longo dos anos 2000, decorrentes da influência de diversos processos sociais, tecnológicos e científicos, como a progressiva incorporação de tecnologia, especialização dos profissionais, redução do exercício liberal estrito, popularização dos sistemas de odontologia de grupo, o aumento do percentual de profissionais com vínculo público e sobretudo o crescimento expressivo dos postos de trabalho na rede pública de serviços⁷.

Por outro lado, a importante expansão da PNSB requer identificar as relações estabelecidas entre os CD e o campo burocrático estadual na sua condução interfederativa. A inserção desses profissionais gestores têm sido pouco investigada, com um único estudo que versa sobre o tema, na perspectiva da construção do perfil dos gestores estaduais da área de

saúde bucal, sem considerar suas trajetórias⁸. Assim, algumas questões emergiram: Quem são os agentes que integram o campo burocrático estadual da saúde bucal? Estes agentes estão constituindo um subespaço específico da saúde bucal no interior do campo burocrático estadual? Quais são suas concepções acerca da atuação do campo burocrático na saúde bucal? O presente estudo tem como objetivo analisar as principais características dos Cirurgiões-Dentistas atuando no campo burocrático da saúde bucal pública em dois estados brasileiros, situados nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. Optou-se pelo estado da Bahia devido à ausência do cargo de coordenador de saúde bucal em sua estrutura, enquanto o Paraná foi escolhido por contar com esse cargo na secretaria estadual de saúde, além de considerar suas concepções sobre a atuação da esfera estadual e as condições para a implementação da política de saúde bucal no âmbito estadual.

Material e Métodos

Foi realizado um estudo exploratório de abordagem qualitativa, a partir das categorias analíticas de Pierre Bourdieu, sobretudo a compreensão dos conceitos de trajetória, agente e *habitus*. Entende-se que este referencial permite auxiliar a compreensão das relações entre a trajetória dos agentes e sua participação em espaços sociais na formulação e implantação de políticas públicas de saúde bucal⁴. Para Bourdieu⁹, agente é o ser que atua e luta dentro do campo de interesses, e a mudança das estruturas sociais passa pela ação social dos agentes ao interior de cada espaço social, sendo o *habitus* a mediação entre o agente e o campo.

No conceito de espaço social ou campo, aquilo que comumente se denomina sociedade constituiu-se de diversos microcosmos denominados “espaços sociais”, no interior dos quais os agentes ocupam posições distintas relacionadas aos capitais acumulados do tipo cultural, político, econômico e social, entre outros. Cabe destacar que o capital é a energia social do acúmulo histórico do agente ou instituição que garante posições distintas no espaço de luta¹⁰.

O campo é um tipo específico de espaço social com autonomia relativa em relação aos demais campos, com leis próprias e onde os agentes compartilham *habitus* comuns constituindo uma *illusio* específica. Compreende-se por *habitus* um sistema de disposições duráveis socialmente incorporadas que, integrando todas as experiências passadas, funciona a cada momento como uma matriz de percepções, de apreciações e de ações¹¹. *Illusio* significa estar no jogo social, estar envolvido, levar o jogo a sério, perceber que o que se passa é importante para os envolvidos, para os que estão nele, é reconhecer o jogo e reconhecer os alvos⁹. Além disso, o ajuste dos agentes sociais ao campo está relacionado ao encontro de

seus recursos, suas aspirações e as possibilidades que o campo oferece. Assim quando, os recursos dos agentes são inferiores às suas aspirações e ganhos no campo, há um mecanismo de transformar “necessidade em virtude”, ou seja, um ajuste inconsciente dos recursos do agente às suas reais possibilidades¹².

O Estado é entendido como um campo burocrático ou campo da alta função pública, capaz de regular os demais campos como um poder no topo do poder¹³. Dentro deste campo a política está posta em jogo e os agentes que possuem o privilégio de entrar neste jogo também adquirem o privilégio de se apropriar do recurso universal, por meio do qual os agentes tornam-se aptos a falar em nome da totalidade de um grupo, em nome de um bem público, a falar o que é bom para o público.

Entende-se por trajetória a série de posições sucessivamente ocupadas pelo agente em estados sucessivos do campo, sendo que na estrutura de um campo é que se define o sentido dessas posições sucessivas⁹.

Foram conduzidas quinze entrevistas em profundidade em dois estados brasileiros, uma com consultor de saúde bucal do Ministério da Saúde (CMS), duas com dirigentes (D1 e D2), cinco com coordenadores (CSB 1 a 5) e sete com profissionais da área técnica da saúde bucal (TSB 1 a 7). Para realização deste estudo foram selecionados agentes sociais pertencentes ao campo burocrático da saúde bucal de dois estados brasileiros, pertencente as regiões Sul e Nordeste. Este foi um estudo predominantemente qualitativo, com foco na teoria para a geração de evidências empíricas, utilizando a amostra baseada no princípio da bola de neve. Isso não exige a aplicação de análises estatísticas tradicionais, embora estas continuem sendo relevantes em estudos que envolvem muitos casos.

As entrevistas foram realizadas no período compreendido entre novembro de 2017 e julho de 2018, sendo codificadas e analisadas conforme os recursos do software Nvivo11. As entrevistas forneceram informações sobre as trajetórias sociais e profissionais dos entrevistados, bem como suas concepções acerca da atuação da esfera estadual e o ponto de vista das condições de possibilidades de implantação da política de saúde bucal no âmbito estadual (Quadro 1).

Quadro 1- Categorias e fonte de coleta de dados.

Categorias	Fonte de informação
Trajetória	Entrevistas e Currículo <i>Lattes</i> ¹⁴
Origem social	Entrevistas semiestruturadas
Condições históricas de possibilidade de implantação da política de saúde no âmbito estadual	Entrevistas semiestruturadas e documentos oficiais

Fonte: Autoria própria

A trajetória profissional dos agentes entrevistados foi complementada por meio da consulta ao currículo *Lattes*¹⁴ (Quadro 2). A origem social, determinada pela escolaridade expressa pelo volume do capital escolar e ocupação dos pais dos entrevistados, foi mapeada de acordo com a categorias do Quadro 3, com o objetivo de complementar a caracterização das trajetórias, pois o *habitus* primário adquirido no ambiente familiar é uma primeira e profunda impressão social sobre o indivíduo, que sofrerá outras sedimentações ao longo da vida¹⁵.

Quadro 2- Período de atuação, vínculos e funções exercidos pelos agentes envolvidos na gestão estadual da saúde bucal de dois estados brasileiros contemplados nas regiões Sul e Nordeste, 1996 a 2018

Período	Agente	Vínculo	Função
1996-2004	CSB1	Estatutário	Cirurgião-Dentista remanejado para gestão SES
2000-2009	CSB2	Estatutário	Cirurgião-Dentista remanejado para gestão SES
2007-2010	CSB3	Cargo comissionado	Chefe da divisão de saúde bucal SES
2003-2006	CSB4	Estatutário	Professor da Universidade Federal cedido para gestão SES
2007-Atual	CSB5	Estatutário	Sanitarista da SES
2012-Atual	TSB1	Estatutário	Sanitarista da SES
2008-Atual	TSB2	Estatutário	Cirurgião-Dentista remanejado para gestão SES
2009-Atual	TSB3	Apoiadora	Sanitarista cedido para SES
2005-Atual	TSB4	Estatutário	Cirurgião-Dentista remanejada para gestão SES
2011-Atual	TSB5	Servidor público	Cirurgião-Dentista remanejada para gestão SES
2012-Atual	TSB6	Servidor Público	Sanitarista da SES
2003-Atual	TSB7	Estatutário	Cirurgião-Dentista remanejada para gestão SES
2013-Atual	D1	Servidor Público	Dirigente da SES
2011- Atual	D2	Servidor Público	Dirigente da SES
2009-2017	CMS1	Prestador de Serviço	Consultor Técnico do Ministério da Saúde

Fonte: Autoria própria

O presente estudo obteve aprovação no comitê de ética em pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC-UFBA), sob parecer de número 1.142.467/2015, com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Alguns dados relacionados à trajetória dos entrevistados foram omitidos para preservar a identidade dos participantes.

Quadro 3- Categorias utilizadas para análise das trajetórias dos gestores de saúde bucal de dois estados brasileiros, 2018.

Categorias	Critérios
Capital escolar (avaliado pelo nível de instrução)	Alto =Superior completo; Alto-Médio = Especialização; e Alto-Alto = Mestrado/Doutorado
Origem social (classificação do capital escolar ¹ e da ocupação dos pais)	Muito baixa =pais com ocupações de baixa especialização e capital escolar baixo ou médio (analfabeto ou 1º grau incompleto); Baixa =pais com ocupações de baixa especialização e capital escolar baixo ou médio (1º grau completo ou 2º grau incompleto); Média =pais com ocupações de especialização intermediária e capital escolar médio (2º grau completo ou superior incompleto); Alta =pais com ocupações qualificadas ou de especialização intermediária e com capital escolar alto (superior completo). Alto-Alto = pais com ocupações de especialização avançada e com capital escolar alto (mestrado e ou doutorado)
Formação e trajetória profissional	Conclusão de cursos de atualização, pós-graduação (<i>latu sensu</i> e <i>stricto sensu</i>) e atuação profissional.
Inserção e trajetória na gestão do SUS (campo burocrático)	Entrada no campo da gestão estadual do SUS, cargos e funções exercidos.

Fonte: Adaptado de Cruz¹⁶ e Caldas *et al*¹⁷

Resultados

Origem social e formação profissional

A trajetória social do grupo estudado foi relacionada à origem social expressa na escolaridade e ocupação dos pais e as trajetórias escolar e profissional comparadas as de seus genitores (Quadro 4). Considerou-se como detentor de trajetória ascendente o agente social que alcançou escolaridade maior que a de seus pais, trajetória estável o que manteve a escolaridade da geração imediatamente anterior e descendente o que alcançou escolaridade inferior a de seus pais¹⁸.

Quadro 4- Caracterização dos gestores de saúde bucal de dois estados brasileiros de acordo com o sexo, a origem social dos pais (capital escolar e ocupação) e sua trajetória escolar.

Agente	Sexo	Escolaridade e ocupação dos pais	Trajétória escolar
CSB1	F	Mãe: capital escolar alto e ocupação qualificada Pai: capital escolar médio e ocupação de baixa especialização	Estável
CSB2	F	Mãe: capital escolar baixo e ocupação de baixa especialização Pai: capital escolar alto e ocupação qualificada	Estável
CSB3	F	Mãe: capital escolar baixo e ocupação de baixa especialização Pai: capital escolar baixo e ocupação de baixa especialização	Ascendente
CSB4	M	Pai: dados não localizados na entrevista Mãe: dados não localizados na entrevista	

CSB5	F	Mãe: capital escolar alto e ocupação qualificada Pai: capital escolar médio e ocupação de baixa especialização	Estável
TSB1	F	Pai: <i>dados não localizados na entrevista</i> Mãe: <i>dados não localizados na entrevista</i>	
TSB2	M	Pai: ocupação de especialização intermediária e capital escolar médio	Ascendente
TSB3	F	Mãe: capital escolar médio e ocupação de baixa especialização Pai: capital escolar alto e ocupação qualificada	Estável
Agente	Sexo	Escolaridade e ocupação dos pais	Trajatória escolar
TSB4	F	Pai: <i>dados não localizados na entrevista</i> Mãe: <i>dados não localizados na entrevista</i>	
TSB5	F	Pai: capital escolar médio e ocupação de baixa especialização Mãe: capital escolar baixo e ocupação de baixa especialização	Ascendente
TSB6	F	Pai: ocupação qualificada ou de especialização intermediária e com capital escolar alto Mãe: ocupação qualificada ou de especialização intermediária e com capital escolar alto	Estável
TSB7	F	Pai: ocupação qualificada ou de especialização intermediária e com capital escolar alto. Mãe: ocupação qualificada ou de especialização intermediária e com capital escolar alto	Estável
D1	M	Mãe: capital escolar muito baixo e ocupação de baixa especialização Pai: capital escolar baixo e ocupação de baixa especialização	Ascendente
D2	F	Mãe: capital escolar baixo e ocupação de baixa especialização Pai: capital escolar alto e ocupação qualificada	Ascendente
CMS1	M	Pai: com capital escolar alto e ocupação qualificada. Mãe: capital escolar médio e ocupação de baixa especialização.	Estável

Fonte: Autoria própria

Dos doze entrevistados respondentes em relação ao item escolaridade e ocupação dos pais, seis foram classificados com trajetória estável e seis com trajetória ascendente, com equilíbrio no grupo estudado em relação à origem social. Além disso, dentre os entrevistados observa-se a presença majoritária do sexo feminino no campo burocrático estadual da saúde bucal.

Dos quinze entrevistados quatro cursaram a graduação em Instituição de Ensino Superior (IES) privada, nos estados do Rio de Janeiro, Paraná, Sergipe e Bahia. Os demais se graduaram em IES públicas com sede em Salvador (BA), Curitiba (PR), Feira de Santana (BA), Porto Alegre (RS) e João Pessoa (PB). Em relação à formação profissional é possível identificar que a majoritariamente dos entrevistados com graduação em odontologia realizou especialização ou atualização na área clínica (Quadro 5), cabendo ressaltar que os dois dirigentes entrevistados não têm formação na área de odontologia. Dos entrevistados cujos

currículos encontram-se cadastrados na Plataforma *Lattes*, todos possuem aperfeiçoamento ou especialização na área da Saúde Coletiva.

Quadro 5- Caracterização da formação profissional dos entrevistados, 2018.

Agente	IES	Ano da graduação	Tempo de formado	Pós-graduação (especialidade e ano)
GSB1	Pública	1981	37 anos	2006-2007: Especialização em Saúde Coletiva; 1998-2000: Especialização em Odontologia em Saúde Coletiva; 1983-1983: Especialização em Endodontia; 1994-1994: Aperfeiçoamento em Ortodontia;
GSB2	Pública	1987	55 anos	2010-2012: Especialização em Gestão em Saúde Pública e Saúde da Família.
GSB 3	Particular			Entrevistado não possuía currículo cadastrado no Plataforma <i>Lattes</i>
GSB 4	Pública	1992	26 anos	2002 – 2006: Doutorado em Direito; 1996 – 1998: Mestrado em Administração; 1995 – 1995: Especialização em Odontologia em Saúde Coletiva.
GSB5	Particular	2003	15 anos	2007-2009: Mestrado em Saúde Coletiva; 2016-2017: Especialização em Especialização em Micropolítica da Gestão e Trabalho em Saúde; 2013-2014: Especialização em Ativação de Processos de Mudança na Formação; 2004-2005: Especialização em Saúde Coletiva Habilitação Sanitarista; 2011-2011: Aperfeiçoamento em Qualificação de Gestores do SUS; 2004-2005: Aperfeiçoamento em Endodontia com Instrumentação Rotatória
TSB1	Pública	2005	13 anos	2008-2010: Mestrado em Saúde Coletiva; 2006-2007: Especialização em Endodontia; 2006-2007: Especialização em Especialização em Saúde da Família; 2005-2006: Aperfeiçoamento em Cirurgia Oral Menor.
TSB2	Pública	1984	34 anos	2013-2014: Curso de Especialização em Saúde Coletiva; 2003: Título conferido pelo CRO como especialista em Ortopedia Funcional dos Maxilares; 2003-2005: Aperfeiçoamento em Ortodontia
TSB3	Pública	1999	19 anos	2006-2008: Mestrado em Saúde Coletiva; 2004-2006: Curso de Especialização em Medicina Social sob a forma de Residência; 2002-2002: Aperfeiçoamento em Curso de Atualização em Cirurgia Buco Maxilo Facial; 1998-1999: Aperfeiçoamento Endodontia.

Agente	IES	Ano da graduação	Tempo de formado	Pós-graduação (especialidade e ano)
TSB 4	Pública	1978	40 anos	1988-1988: Atualização em Odontologia Sanitária. 1984-1984: Curso de Semiologia-Diagnóstico das lesões da mucosa bucal.
TSB 5	Privada	2004	14 anos	2009-2010: Especialização em Saúde Coletiva; 2012-2012: Aperfeiçoamento em Cirurgia Oral Menor; 2006-2006: Aperfeiçoamento em Cirurgia Oral Menor.
TSB6	Pública	1982	36 anos	2006-2007: Especialização em Saúde Coletiva; 2006-2008: Especialização em Saúde da Família com Ênfase Coord. e Gerência de Processo de Trabalho.
TSB7	Pública	1985	33 anos	Entrevistado não possuía currículo cadastrado no Plataforma Lattes
D1	Pública	2001	17 anos	2002-2003: Residência Integrada em Saúde Coletiva.
D2	Privada	1991	27 anos	2014-2015: Especialização em Curso de Especialização em Gestão de Redes de Atenção à Saúde; 2003-2004: Especialização em Saúde Pública; 1992-1993: Especialização em administração de recursos humanos.
AMS	Pública	2005	13 anos	2013-2016: Doutorado em Ciências da Saúde; 2011-2013: Mestrado em Ciências da Saúde; 2007-2007: Terapia Comunitária. 2006-2007: Aperfeiçoamento Endodontia.

Fonte: Plataforma *Lattes* e Pesquisa de campo (2018).

Quanto ao volume de capital escolar onze entrevistados foram classificados em Alto-Médio, possuindo títulos de especialização e os demais classificados como Alto-Alto, possuindo título de Mestrado ou Doutorado. Dos quinze entrevistados, quatro apresentaram indicadores de capital científico, contendo produções acadêmicas, sendo dois professores atuantes em universidades públicas e dois que já atuaram em faculdades particulares. Apenas dois entrevistados, que não são os dirigentes da SES ligados à saúde bucal, têm indicações de disposições políticas, ou seja, filiação ou voto em partido político, ou participação no movimento sanitário, participação em movimentos estudantis, profissionais e sociais.

Trajetórias exemplares no espaço dos possíveis

A inserção dos profissionais no campo burocrático estadual esteve relacionada a alguns elementos comuns como a aproximação com a Saúde Coletiva, falta de identificação

com a prática clínica, entrada no serviço pública via concurso, experiência com a gestão municipal, indicação por rede de relações políticas e profissionais e como uma alternativa de trabalho para profissionais que se afastaram da clínica em decorrência de problemas de saúde.

“No percorrer da trajetória do exercício da profissão eu fui me aproximando da Saúde Coletiva por sentir a necessidade como profissional que faltava alguma coisa para que você executasse junto ao paciente. Então foi assim meio que visceral... fui me aproximando da SC.” (CSB1)

“A gestão foi basicamente porque eu era dentista da SES no interior e eu comecei a ficar doente e consegui uma transferência para cá. Eu sempre quis trabalhar com a população, mas achava difícil, não tinha nada de saúde pública no sentido de graduação. (TSB2)”

Da disposição política inicial e ocupação de cargos no campo burocrático e o desgosto pela política

Um caso-exemplar no espaço dos possíveis é o agente social que se forma dentista mas ‘não tem afinidade com a clínica’ e busca, a partir de disposições e militância política, outras formas de contribuição e posição no espaço.

“Eu não tinha muita afinidade com as atividades clínicas. Eu fiz outra graduação [...] assumi coordenação de saúde bucal do estado [...] então minha trajetória foi de seis anos [...] participei da campanha [...] até parte da minha indicação se deve a esse trabalho político anterior. [...] hoje sou professor e eu estou afastado nesse momento do SUS”. (CSB4)

Contraditoriamente outros agentes sociais inseridos no campo burocrático negaram o que intitularam como uma “política partidária”, assumindo o desgosto pela política.

“[...] Porque tem uma coisa que eu sou muito resistente é à política mesmo, política partidária, deliberadamente eu me afasto”. (CSB1)

Da angústia e inquietação com o serviço público, do amor à clínica ao campo burocrático

A entrada de mulheres no serviço público como dentista marca o início da trajetória que pode levar à posição de gestão do serviço. Esta entrada geralmente é marcada por uma “inquietação” pelas dificuldades na assistência.

“Eu vi que o serviço não era cem por cento, muito mais em função das pessoas que estavam trabalhando do que da própria estrutura, porque na época nunca me faltou material, eu tinha material inadequado, mas nunca me faltou material [...] então a gente se aproxima...foi o momento que eu fui me aproximando da coordenação estadual”. (CSB1)

Uma questão geracional: redução do mercado privado e a expansão do campo da Saúde Coletiva

A passagem da trajetória também pode ser marcada pela busca do campo público como uma alternativa de ganho estável paralela à realização de especializações ou atualizações, como forma de se adequar à alta competitividade do subespaço privado da odontologia, conforme também apontaram Chaves e Vieira-da-Silva¹⁸.

“Depois da minha graduação, atuando na estratégia de saúde da família, porque na minha época, estava bem difícil o mercado de consultório e eu fui trabalhar em uma prefeitura no interior [...] então eu fiz e paralelo a isso, eu saí da faculdade. Como eu tive um processo de desenvolvimento na Endodontia, eu fiz uma especialização em Endo e uma atualização em Cirurgia Oral Menor. Então eu fiquei nessas três áreas concomitantemente”. (TSB1)

Contraditoriamente, no caso dos agentes mais velhos, que se formaram na “era de ouro” da odontologia¹⁹, a passagem da odontologia de mercado para o campo burocrático da gestão pode ser revelada como uma necessidade tornada virtude, levando a escolhas ajustadas, sendo o indivíduo detentor do que gosta porque gosta do que tem. O ajuste ao campo burocrático também pode ser compreendido como uma “alegria” e naturalidade de como as disposições dos agentes se assemelham às exigências que determinado campo impõe aos que nele pretendem ingressar. Além da escolha como um gosto de luxo ou de liberdade, haja visto a construção de uma trajetória pregressa que garantiu a posse de um capital, distanciando o agente da necessidade¹⁵.

“Quando eu comecei a ter responsabilidades pela coordenação, eu comecei a desmarcar muitos pacientes e isso causava um transtorno. Então isso foi aos poucos... você começa a notar que está gastando muito para manter um consultório e aí você pensa o que você quer para sua vida... Então foi mais ou menos isso que aconteceu, mas eu ainda aguentei o consultório dando prejuízo por alguns anos”. (CSB2)

“Eu não podia ficar recebendo o que eu recebo hoje como sanitaria da SES... eu não teria como formar os meus dois filhos só com esse salário. Hoje eu consigo estar aqui e dedicar 40 horas da minha vida porque eu já fiz o que eu precisava e eu tenho uma situação de conforto hoje nesse sentido. Então eu posso me dar já esse luxo..., mas eu nunca pude”. (TSB6)

O campo burocrático é dotado da intuição e vontade do “interesse universal”, portanto um instrumento racional encarregado de realizar o interesse geral¹³. A “gestão por amor” pode revelar uma disposição incorporada do campo burocrático, um *habitus* do campo, um discurso do “bem comum”, o interesse pelo desinteresse econômico.

“Ninguém quer vir para a gestão porque perde insalubridade, o salário é muito baixo. Então você tem que estar na gestão por amor. Se existe alguma dúvida de quem está na gestão, em envolvimento não há”. (CSB5)

Ainda como *habitus* característico do campo burocrático estadual identificou-se uma necessidade de o agente ir em busca de respaldo técnico para o exercício da função, além de contestar determinadas práticas instituídas que prejudicam o andamento do campo.

Influência do espaço de origem do campo odontológico e a ambivalência da identidade

Em vista do campo da Saúde Coletiva ainda se tratar de um campo em construção²⁰. O presente estudo revelou que a identidade também é uma questão em jogo no espaço social da saúde bucal na interface com o campo burocrático e a Saúde Coletiva. Dessa forma, os dentistas que dele participam estão divididos entre o desejo de reconhecimento como pertencentes ao campo da Saúde Coletiva, intitulando-se como sanitaristas ligados ao campo burocrático, e o resguardo de sua identidade profissional de origem como dentistas, avaliando que a carreira de dentista agrega valor e experiência à carreira de gestor, o que caracteriza uma ambivalência de identidade, decorrente da forte influência exercida pelo campo de origem.

“Eu sou odontóloga e sanitarista, e trabalho na gestão estadual da atenção básica. Tem muitos colegas que falam: “- Ah, eu deixei de ser odontóloga”. Isso eu nunca vou deixar de ser, eu sou apaixonada, para onde eu vou, essa paixão, ela não vai sair [...] a saúde bucal, mexe muito comigo, porque eu sei que eu posso contribuir muito. Eu tenho a obrigação desse acúmulo que eu fiz de conhecimento. (TSB5)

“Se eu sou sanitarista hoje é porque antes eu sou dentista. A odontologia para mim é a minha linha guia. O pessoal diz: “- Lá vem ela com dentes... tudo coloca dente no meio”. (TSB6)

Em contrapartida, observaram-se também pontos de vista que denotaram perda da identidade profissional de origem na tomada de posição para o campo burocrático, seja pela incorporação tácita do *habitus* do novo campo ou por uma ruptura radical com a formação de origem.

“A profissão de dentista ficou perdida nesse caminho há muito tempo. Até o início do meu trabalho lá na saúde bucal, eu tinha consultório”. (CSB2)

O gosto pela clínica e a necessidade pela gestão

Foi possível identificar um deslocamento para a gestão no campo burocrático no espaço dos possíveis oferecido objetivamente no período da municipalização da saúde, que levou muitos dentistas a escolhas objetivas em relação às mudanças do contexto.

“Porque a partir do momento que acabou o Instituto de Assistência e Previdência, que foi extinto [...] Então, ela [representante da SES] chamou todas os dentistas que tinham ficado sem realocar dentro do auditório [...] e nos comunicou quais eram os locais que tínhamos para lotação e isso foi algo bem traumático.

Acho que para muita gente lá, porque não havia interesse da minha parte de ir para um plantão em um hospital, como eu sei que muitas amigas sofreram muito, mas mantiveram isso porque queriam garantir o horário do consultório. Então elas enfrentaram até plantões noturnos em hospitais, e começaram a pegar milhões de coisas que não tinham nem ideia do que fazer na hora do atendimento [...] aí eu me acomodei de ir para a diretoria regional”. (CSB2)

O espaço dos possíveis é compreendido como as probabilidades de trajetórias do agente tendo em vista as condições históricas. Assim, as “escolhas objetivas” são aqueles gostos de “necessidade”, ou seja, essa escolha está relacionada concretamente à proximidade com a necessidade econômica.

Houve ainda a passagem de diferentes posições na trajetória no campo burocrático em decorrência de problemas de saúde. Nesse caso, os agentes sociais revelaram forte apreço pela clínica, porém por uma incapacidade física decorrente de doença somada a uma necessidade de manter seu vínculo, optaram pelo campo burocrático estadual como uma “escolha objetiva legítima”.

“[...] desenvolvi problemas de saúde (grifo nosso), o que me impossibilitou de continuar trabalhando. Fiquei sem andar, e aí comecei meu tratamento de saúde... E aí descobri pelo INSS que não poderia ser mais dentista [...] já tinha esse desejo de dar aula ou trabalhar na gestão, mas o que me levou mesmo foi a incapacidade de estar na cadeira”. (CSB5)

Condições históricas de possibilidade da saúde bucal no nível estadual

Com a implantação do SUS e o conseqüente processo de descentralização e municipalização, o estado perdeu sua atuação na prestação dos serviços de saúde, principalmente na atenção básica, ocorrendo uma “crise” em relação à redefinição de suas funções e ainda vem se readequando e conformando sua nova identidade enquanto gestor.

“[...] depois que a gente teve a municipalização da saúde, toda descentralização que foi extremamente importante, o estado quando perde um pouquinho, o incentivo estadual é quase nada, então quando ele perde o poder de barganha, quando ele não dá mais dinheiro para o município, dá muito pouco, ele também é pouco respeitado pelos municípios, porque o papel do estado, durante muito tempo e talvez ainda esteja muito perdido com essas mudanças e com essa desvalorização, inclusive do estado dentro dessa hierarquização de distribuição de tarefas para se fazer cumprir a política. Eu vejo que a gente teve um papel de desvalorização nesse sentido. (TSB1)”.

Nesse contexto, a PNSB surgiu como uma “alavanca” na condução de uma maior atuação dos estados no fortalecimento da política, requerendo novas atribuições dos estados nos níveis secundário e terciário na atenção em saúde bucal. No entanto, nota-se uma relação

estabelecida entre a “perda de poder” do estado e sua resistência em relação a sua contrapartida financeira, ocasionando uma desvalorização desta esfera em relação às demais, dificultado o fortalecimento da atenção em saúde bucal.

“O estado tem uma função importante, mas um tanto limitada. O estado ajuda bastante o ministério com essa ponte que eles fazem em relação aos municípios, de ajudar os municípios a implementar a política. Só que aí eu percebo pela experiência lá em Brasília, que os estados que não tinham financiamento específico para a saúde bucal apresentavam maiores dificuldades em implementar essas políticas”. (CMS)

Existe um consenso em relação à ideia de três funções básicas do estado, que atua como apoiador dos municípios, planejador e executor de ações de Educação Permanente e colaborador do Ministério da Saúde, guardando coerência com as principais competências da esfera estadual definidas por lei. Como possibilidades vislumbradas de novas funções destacam-se a responsabilidade de equipar os consultórios e o papel de “guardião” da memória das ações de saúde bucal realizadas nos municípios.

“[...] Uma das formas que a gente também previu de indução é equipar os consultórios de odontologia, a gente conseguiu negociar e captar recursos de emenda parlamentar e com isso disponibilizar equipamentos para atenção básica, que é uma forma também de incentivar, induzir e qualificar a atuação desse profissional”. (D1)

Como consequência de um momento político oportuno, desencadeado principalmente pela publicação das Diretrizes da PNSB em 2004, os estados vivenciaram um momento de “efervescência” no que se refere às condições de possibilidade para fortalecer a odontologia pública nos municípios. Outro ponto de vista vincula o fortalecimento da saúde bucal na atenção básica como uma consequência do momento de expansão da Estratégia da Saúde da Família (ESF) e não como uma necessidade priorizada pelos gestores e população.

No entanto, é possível notar uma falta de sustentação desta “efervescência” ao longo do tempo pela escassa presença de representantes da saúde bucal em espaços decisórios e estratégicos, sendo a pauta da saúde bucal nestes espaços limitada às questões operacionais.

“Eu acho que ainda a saúde bucal ainda ocupa poucos espaços decisórios, e tem poucas pessoas que fazem a defesa da saúde bucal. Muitas vezes eu me sinto assim em alguns espaços tipo Câmara Técnica da Atenção Básica no CONASS, que é um espaço extremamente privilegiado, a disputa ali dentro é muito grande e é um espaço decisório, muito privilegiado e aí são poucos os diretores da Atenção Básica que fazem a defesa da saúde bucal. (D1)

Identificam-se também como os principais obstáculos da esfera estadual, a dependência financeira relacionada à política nacional, poucas perspectivas de mudanças

positivas em relação à sustentação da PNSB no atual contexto nacional, dificuldade dos municípios de realizarem consórcios de saúde para atenção secundária e terciária, resistência do estado em prover contrapartida financeira à saúde bucal e poucos avanços na atenção terciária e na fluoretação.

Foi unânime o pensamento de que as condições históricas e políticas no âmbito nacional relacionadas ao período de 2004 a 2015 possibilitaram a indicação de um representante militante para a coordenação nacional de saúde bucal, o que muito influenciou no crescimento exponencial do financiamento para a área da saúde bucal.

Além disso, a inclusão da saúde bucal no PMAQ, o aumento da cobertura das Equipes de Saúde Bucal, a institucionalização da atenção especializada por meio do CEO, as ações de educação permanente por meio do Telessaúde, a doação de equipamentos por parte do Ministério da Saúde aos municípios, as Unidades Móveis Odontológicas (UMO), o aumento dos postos de trabalho para a odontologia no setor público constituíram elementos facilitadores para o fortalecimento da saúde bucal no âmbito estadual, ou seja, a indução federal potencializou e fortaleceu a gestão estadual da saúde bucal.

Discussão

Este estudo revelou que majoritariamente os agentes se graduou em instituições públicas, com equilíbrio no grupo estudado em relação à origem social. A inserção no campo burocrático estadual foi influenciada pela disposição voltada ao campo burocrático, angústia e inquietação com o serviço público, redução do mercado privado e a expansão do campo da saúde coletiva. A trajetória dos agentes evidenciou a interseção muito baixa do campo burocrático da saúde bucal com os campos político e científico, além da baixa disposição política dos agentes da burocracia estatal.

O investimento na qualificação profissional relacionada à pós-graduação em Saúde Coletiva parece ser uma característica do “senso prático” dos gestores do campo burocrático estadual, além da passagem e da experiência adquirida no campo burocrático municipal. Também parece haver indícios de um *habitus* do campo burocrático relacionado a um discurso do “bem comum”, demonstrado no interesse pelo desinteresse econômico, a busca de respaldo técnico para o exercício da função e a contestação de práticas instituídas que prejudicam o andamento do campo. Uma das funções da noção de *habitus* é a de dar conta da unidade de estilo que vincula as práticas e os bens de um agente singular ou de uma classe de agentes⁹.

Para Bourdieu, não é ao acaso que os indivíduos se deslocam no espaço social, porque por um lado eles estão submetidos a mecanismos objetivos de eliminação e de orientação como uma forma de “ajuste” ao espaço, e por outro porque suas propriedades sob forma de disposições ou no estado objetivo, por meio de bens, títulos, entre outros, opõem-se às forças do campo. Assim, a passagem de uma trajetória para outra, além de depender muitas vezes de acontecimentos coletivos ou individuais descritos como acasos felizes e infelizes, também depende das disposições daqueles que vivenciaram tais eventos¹⁵. Portanto, a análise das trajetórias dos agentes pode trazer evidências das relações estabelecidas entre a saúde bucal e o campo burocrático.

Dos quinze entrevistados pertencentes ao campo burocrático estadual, três não apresentavam currículos cadastrados na Plataforma Lattes. Os currículos identificados com atualização realizada em menos de 60 dias estavam relacionados aos agentes que mantêm atividade na docência, denotando a importância dada por estes agentes que também transitam no campo científico. No entanto, majoritariamente o grupo não havia realizado atualização recente do Lattes, o que pode revelar uma ausência de interseção com o campo científico por parte do grupo estudado, considerando que esta plataforma se apresenta como um instrumento relevante para o campo científico.

Cabe ressaltar que o espaço da Saúde Bucal Coletiva emergiu do esforço dos agentes na implantação das políticas de saúde bucal no âmbito dos serviços públicos odontológicos especialmente municipais. Portanto sua emergência se deu no campo burocrático para depois de se desenvolver no campo científico⁶, diferentemente do campo da Saúde Coletiva, que foi constituído sobretudo no interior do campo científico, porém com grande interseção com os campos político e burocrático⁵. Após a análise das trajetórias dos agentes estudados, evidenciou-se ausência de uma interseção do campo burocrático da saúde bucal com os campos político e científico.

A baixa disposição política do grupo estudado é expressa pelo baixo volume de capital político, sendo que apenas um entrevistado apresentava filiação ou militância em partidos políticos e movimento sociais, além do “desgosto pela política”. Esta disposição pode revelar uma dificuldade do gestor na implantação de políticas de saúde bucal²². Estudo recente revelou que a construção da resposta do Estado variou sobretudo em função das características dos agentes que coordenaram a saúde bucal no âmbito nacional, seu campo de domínio, seu grau de acumulação de capital burocrático, político e científico⁴.

Há um grupo predominante composto majoritariamente por mulheres com disposição sanitária revelada na inquietação com as limitações do serviço público odontológico,

expressando seu “amor pela clínica” e sua tomada de posição ao campo burocrático, no sentido de buscar melhorias para o serviço público de odontologia, movido pela vontade do “interesse universal”.

Outro achado relevante é evidenciado numa questão geracional, em que por um lado a geração de novos dentistas busca o campo da Saúde Coletiva como alternativa à redução da odontologia de mercado e por outro a geração de dentistas antigos que se beneficiaram do mercado privado da odontologia liberal busca a Saúde Coletiva com uma disposição de sacrifício pessoal, abdicando da clínica (distância em relação ao econômico) na busca pelo bem comum.

Para Bourdieu⁹, o campo burocrático exige com maior insistência a submissão ao universal, sendo reconhecido como legítimo no esforço da passagem do ponto de vista singular e egoísta do indivíduo ao ponto de vista do grupo, numa manifestação de reconhecimento do valor do grupo. Pode-se dizer que houve o encontro entre as condições históricas objetivas e a trajetória de dentistas da antiga geração, com a criação do SUS e a conseqüente municipalização dos serviços de saúde e redefinição das funções da esfera estadual.

Além disso, a ambivalência de identidade²¹ decorrente da forte influência exercida pelo campo de origem da odontologia pode dificultar as disposições de luta dos dentistas no interior do campo burocrático estadual. De acordo com Vieira-da-Silva^{5,21} a ambivalência de identidade profissional é uma característica do campo da Saúde Coletiva, tendo em vista que uma nova identidade profissional ainda não foi consolidada no campo, levando à manutenção da identidade da profissão de origem.

Evidenciou-se um grupo que se afastou da clínica por limitação de saúde, que se inseriu no campo burocrático da gestão como uma alternativa ao campo odontológico público e manutenção do vínculo com o estado como uma “escolha objetiva”. A passagem de trajetória desses agentes sociais se manteve possivelmente atrelada às disposições familiares, considerando a origem social dos pais e sua ascendência em relação à família. Observa-se assim o princípio das diferenças entre os gostos de luxo e os gostos de necessidade¹⁵. No caso desses agentes, a opção pelo campo burocrático se deu pelo ajuste e pela necessidade, diferentemente da opção como um gosto de luxo, onde já existia a garantia de posse de um capital que permitisse a opção pela gestão, diante dos baixos salários.

A construção do espaço burocrático estadual da saúde bucal, como todo processo de surgimento de espaços sociais, se apresenta com complexidade e não está relacionado a uma

determinação direta das estruturas sociais, tampouco a uma ação racional planejada por um conjunto de agentes sociais que orientaram suas trajetórias nesta direção. Seu entendimento necessita de uma clarificação do espaço das posições e das tomadas de posição dos agentes envolvidos com a produção de saberes e práticas sobre a saúde bucal na sociedade, bem como das condições históricas que tornaram possível a sua constituição⁵.

Considerações finais

Este estudo apontou evidências de estratégias de entrada dos dentistas no campo burocrático estadual. A busca pela formação em Saúde Coletiva destes agentes pode revelar um movimento voltado para o ajuste da profissão de origem à SC, “um senso prático”, denotando uma necessidade dos saberes e das práticas da SC na condução dos processos de gestão. Identificou-se uma tendência dos dentistas do campo burocrático estadual a se concentrar no próprio campo burocrático, com poucas interseções com os campos político e científico.

O encontro entre as trajetórias exemplares individuais e o campo burocrático no presente estudo revelou que o agente social não apresentava um “projeto em mente” quando fez a opção pelo serviço público, e sim um trajeto em busca do “sentido do jogo” e de ações condizentes com seus interesses que se construiu no encontro do agente com outros agentes no espaço social em formação. Além disso, as condições históricas de possibilidade criadas com a implantação da PNSB direcionaram ações de saúde bucal mais seguras e estabelecidas entre aquelas que já estavam socialmente constituídas.

O presente estudo não tomou como objeto a construção da estrutura do campo burocrático estadual da saúde bucal. No entanto, por meio da análise das trajetórias exemplares dos agentes envolvidos na pesquisa, identificou-se uma ausência da construção do próprio campo burocrático estadual da saúde expresso na falta de clareza da atuação da esfera estadual na implantação das políticas de saúde bucal aliado ao enraizamento da profissão de origem dos agentes.

A presente pesquisa apresenta algumas limitações, sobretudo por não ter desenhado o espaço das posições e as tomadas de posição dos agentes envolvidos no campo burocrático estadual a nível nacional. Uma melhor compreensão acerca das relações entre os dentistas e o campo burocrático estadual requer uma análise mais completa com todos os agentes que ocupam esta posição sobre a arquitetura e a dinâmica desse campo e das questões em jogo. No entanto este tudo poderá servir de linha de base para estudos subsequentes que envolvam uma

gama mais ampla de profissionais que ocupam posições no campo burocrático dos diversos estados brasileiros.

REFERÊNCIAS

- ¹ Brasil. Câmara dos Deputados. Decreto nº 9.311, de 25 de outubro de 1884. Dá novos Estatutos às Faculdades de Medicina. Coleção das Leis do Império do Brasil de 1884. Rio de Janeiro: Typografia Nacional, 1885. p. 478-552.
- ² Brasil. Lei nº 5.081, de 24 de agosto 1966. Regula o exercício da Odontologia. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 1966.
- ³ Ferrari, MAMC. História da odontologia no Brasil – o currículo e a legislação entre 1856 a 1931. 2011. 109 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.
- ⁴ Rossi, TRA. Produção social das políticas de saúde bucal no Brasil. Salvador: EDUFBA, 2018.
- ⁵ Vieira-da-Silva, LM. Gênese sócio-histórica da saúde coletiva no Brasil. In: Lima, NT.; Santana, JP.; Paiva, CHA. (Orgs.) Saúde coletiva: a Abrasco em 35 anos de história[online]. Rio de Janeiro: editora FIOCRUZ, 2015. p. 25-48.
- ⁶ Soares, CLM. A constituição da saúde bucal coletiva no Brasil. 2014. 180 f. Tese (Doutorado)- Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.
- ⁷ Morita, MC.; Haddad, AE; Araújo, ME. Perfil atual e tendências do CD Brasileiro. Maringá: Dental Press, 2010.
- ⁸ Martin, PN. Estruturação da gestão e perfil profissional dos coordenadores de saúde bucal na Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo. 2011. 88 f. Tese (Doutorado)- Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, 2011.
- ⁹ Bourdieu, P. Razões práticas: sobre a teoria da ação. Campinas, SP: Papirus, 1996.
- ¹⁰ Bourdieu, P. The forms of capital. In: Richardson, JG. (Ed.) Handbook of theory and research for the sociology of education. New York, 1986. p. 241-258.
- ¹¹ Bourdieu, P. Questões de sociologia. Lisboa: Fim de Século, 2003.

¹² Bourdieu, P. As regras da arte: gênese e estrutura do campo literário. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

¹³ Bourdieu, P. Sobre o Estado. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

¹⁴ Currículo *Lattes*, 2018. Disponível em: <http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/busca.do?metodo=apresentar>. Acesso em: 08 abr. 2019

¹⁵ Bourdieu, P. A distinção: crítica social do julgamento. Porto Alegre, RS: Zouk, 2015.

¹⁶ Cruz, DN. Desigualdades na utilização dos serviços odontológicos: posição e tomadas de posições no espaço social. 2015. 157f. Tese (Doutorado) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

¹⁷ Caldas, AS e col. A política de saúde bucal em um município baiano: os agentes da burocracia estatal. *Saúde Debate* [online], Londrina, v.42, n.119, p.886-900, 2018.

¹⁸ Chaves, SCL.; Silva, LMV. da. As práticas profissionais no campo público de atenção à saúde bucal: o caso de dois municípios da Bahia. *Ciênc. Saúde Colet.* [online], Rio de Janeiro, v.12, n.6, p.1697-1710, 2007.

¹⁹ Zantetti, CHG. A crise da Odontologia brasileira: as mudanças estruturais do mercado de serviços e o esgotamento do modo de regulação curativo de massa. *Anais Universitários[...]* Série Ciências Sociais e Humanas, v.1, n.6, 1999.

²⁰ Vieira-da-Silva, LM. Salud Colectiva brasilena: arquitectura y dinamica de un campo. *In: Castro, R.; Suarez, HJ. (Org.) Pierre Bourdieu en la sociologia Latinoamericana: campo y habitus.* Cuernavacas: Universidad Nacional Autonoma de México, 2018. p. 143-166.

²¹ Reis, CR.; Costa-Souza, J.; Vieira-da-Silva, LM. Análise da inserção dos nutricionistas nos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva: identidades, trajetórias e tomadas de posição. *Saúde Debate* [online], Londrina, v. 42, n. spe2, p.275-285, 2018.

²² Soares, CLM.; Paim, JS. Aspectos críticos para a implementação da política de saúde bucal no Município de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online], [s.l], v.27, n.5, p.966-974, 2011.

Doença falciforme: experiências de acesso, permanência e perda do trabalho por pessoas com hemoglobina SS e SC

Sickle cell disease: experiences of access, permanence and loss of work by people with hemoglobin SS and SC

Enfermedad de células falciformes: experiencias de acceso, permanencia y pérdida de trabajo de personas con hemoglobina SS y SC

Stela Brener,

Alice Oliver Rosa Sacramento,

Gisele Maia Oliveira,

Davidson de Oliveira Corrêa,

Vanda Nunes da Rocha,

Alberto Mesaque Martins

Resumo

Avaliar como pessoas com Doença Falciforme (DF) experienciam o processo de acesso, permanência e perda do trabalho. Estudo qualitativo realizado no Ambulatório da Fundação Hemominas de Belo Horizonte/MG, com participação de indivíduos com DF, divididos em dois grupos, conforme sua situação em relação ao vínculo empregatício. Os dados foram coletados mediante entrevistas abertas, orientadas por um roteiro semiestruturado, gravados e analisados sob a perspectiva da Análise de Conteúdo Temática. Dos 12 participantes, entre 18 e 43 anos, sete eram do sexo feminino, dez se declararam solteiros, seis nunca tinham trabalhado, estando em busca do primeiro emprego e os outros seis desempregados, queriam retornar ao mercado de trabalho. A Hb SS estava presente em 6 indivíduos e, apesar da forma homozigota ser marcada pelas manifestações clínicas mais severas, não foram identificadas diferenças entre os dois grupos em relação ao acesso e perda do trabalho. O direito ao trabalho deve ser assegurado a todo o cidadão, entretanto, no Brasil, não se encontra legislação que proteja a inclusão e permanência das pessoas com DF no trabalho. Fundamental se faz promover pesquisas envolvendo o prognóstico ocupacional desta população, visando subsidiar políticas que atendam ao anseio destes indivíduos ao acesso ao mercado de trabalho. **Palavras-chave:** Doença falciforme, trabalho, hemoglobina S, políticas públicas.

Abstract

To evaluate how people with sickle cell disease (SCD) experience the process of access, permanence and loss of work. Qualitative study carried out at the Hemominas Foundation Ambulatory in Belo Horizonte/MG-Brazil, with the participation of individuals with SCD,

who were divided into two groups, according to their situation in relation to the employment relationship. The data were collected through open interviews, guided by a semi-structured script, recorded and analyzed from the perspective of the Thematic Content Analysis. Of the 12 participants in this study, between the ages of 18 and 44, seven were female, ten declared single, six interviewees had never worked and were looking for the first job and the other six were unemployed and wanted to return to the job market. Hb SS was present in 6 individuals and, although the homozygous form was marked by the more severe clinical manifestations, no differences were identified between the two groups regarding the difficulty of access and loss of work. The right to work must be guaranteed to all citizens, however, in Brazil, there is no legislation that protects the inclusion and permanence of people with SCD at work. Fundamental is to promote research involving the occupational prognosis of this population, aiming to subsidize policies that meet the desire of this group of people to access the labor market.

Keywords: Sickle cell, work, hemoglobin sickle, public policy.

Resumen

Evaluar cómo las personas con enfermedad de células falciformes (DF) experimentan el proceso de acceso, permanencia y pérdida del trabajo. Estudio cualitativo llevado a cabo en la Fundación Ambulatoria Hemominas en Belo Horizonte/MG-Brasil, con la participación de individuos con DF, divididos en dos grupos, según su situación en relación con el empleo. Los datos fueron colectados por medio de entrevistas abiertas, guiados por un guión semiestructurado, grabados y analizados desde la perspectiva del análisis de contenido temático. De los 12 participantes, entre 18 y 43 años, siete eran mujeres, diez se declararon solteras, seis nunca habían trabajado, estando buscando su primer trabajo y los otros seis desempleados que querían volver al mercado laboral. La Hb SS estuvo presente en 6 individuos y, aunque la forma homocigótica ser marcada por las manifestaciones clínicas más graves, no se identificaron diferencias entre los dos grupos con respecto al acceso y la pérdida de trabajo. El derecho al trabajo debe garantizarse a todos los ciudadanos, pero, en Brasil, no existe una legislación que proteja la inclusión y la permanencia de las personas con DF en el trabajo. Es esencial promover investigaciones que aborden el pronóstico ocupacional de esta población, con el objetivo de subsidiar políticas que satisfagan el deseo de estas personas de acceder al mercado laboral.

Palabras clave: enfermedad de células falciformes, yrabajo, hemoglobina S, políticas públicas.

1. Introdução

A Doença Falciforme (DF) representa um conjunto de hemoglobinopatias, nas quais, pelo menos uma das hemoglobinas mutantes é a Hb S. As mais frequentes são a anemia falciforme (Hb SS), a S beta talassemia e as duplas heterozigoses Hb SC e Hb SD. Entre essas, a anemia falciforme é a forma mais comum, além de ser a mais grave¹. Com origem na África e introduzida nas Américas pela imigração dos escravos, a DF é a doença hereditária monogênica que ocorre com maior frequência no Brasil² e no mundo³. No país, sua

distribuição é heterogênea com prevalência mais elevada em áreas de maior concentração de afrodescendentes, ocorrendo também entre brancos em função da miscigenação racial⁴.

Estima-se que, no Brasil, vivam 25 a 30 mil pessoas com DF nascendo por ano 3 a 3,5 mil indivíduos com a doença, equivalendo a uma criança doente para mil recém-nascidos vivos^{2,5}.

Em Minas Gerais, Estado precursor no diagnóstico da DF, identificou-se a proporção de 1:1.400 recém-nascidos a cada ano⁶.

Caracterizada por elevada morbidade e mortalidade e grande variabilidade clínica, apresenta número significativo das pessoas com a forma crônica e grave da doença, embora possa também transcorrer de forma assintomática. Episódios agudos com complicações são frequentes e levam a repetidas internações³.

Com o avanço nas tecnologias e nas propostas terapêuticas, cada vez mais, observa-se um aumento da expectativa de vida das pessoas com DF, resultando na necessidade de compreensão sobre as implicações dos sintomas da doença e do tratamento hemoterápico no cotidiano dessas pessoas. A DF apresenta um curso bastante variável, de modo geral, as complicações decorrentes da doença comprometem bastante a qualidade de vida dos indivíduos^{7,8}. Estudos apontam para a elevada incidência de sintomas de depressão, ansiedade, bem como, o abuso de álcool entre as pessoas com DF⁹. Também é recorrente que esses pacientes convivam, diariamente, com crises de dores e angústia psicológica, conforme demonstrado em estudos na área^{10,11}.

Tal condição pode favorecer um alto grau de sofrimento do ponto de vista clínico, genético e psicossocial, podendo levar à incapacidade para o trabalho em diversos casos¹². Tratando-se de um contexto capitalista, como o brasileiro, marcado pela exigência de alta produtividade dos trabalhadores, pessoas com DF podem ser penalizadas no mercado de trabalho, uma vez que as complicações da doença podem causar faltas não previstas e reduzir o seu rendimento laboral¹³.

Analisando a produção científica internacional sobre a qualidade de vida das pessoas com doenças falciformes Freitas¹⁴ observou que esses pacientes apresentam sérios comprometimentos da qualidade de vida, especialmente no que se refere à dimensão do trabalho, sendo muitas vezes impedidos de ocuparem vagas no mercado formal ou, ainda, sendo submetidos a condições de trabalho precárias e de baixa remuneração. Essa situação se agrava ainda mais, considerando que grande parte da população com DF possui baixa escolaridade que, somadas às limitações físicas da doença e da rotina de tratamentos e cuidados constantes, contribuem para as dificuldades na inserção desses sujeitos no mercado de trabalho, especialmente, em funções e cargos de maior visibilidade social¹⁵.

Por outro lado, apesar de apresentarem limitações quanto ao exercício de atividades que exigem esforços físicos excessivos, grande parte das pessoas com DF podem realizar inúmeras atividades condizentes com suas potencialidades¹³. Portanto, faz-se necessário desmistificar a incapacidade dessas pessoas para o trabalho. Por outro lado, apesar da luta dos movimentos sociais, ainda são incipientes as ações e políticas governamentais que garantam o acesso e permanência de pessoas com DF no mercado de trabalho.

Vale lembrar que, para além da sua dimensão econômica e de garantia de acesso a bens materiais, o trabalho constitui-se como um elemento central e fundante na construção da ideia de sujeito sendo, portanto, um aspecto importante na construção da identidade pessoal e social^{16,17}. Autores, como Antunes¹⁶ e Dejours¹⁸, ressaltam que o trabalho refere-se ao principal contexto de vida, por meio do qual os sujeitos podem exercer a democracia, além de impulsionar processos de subjetivação, a auto-realização e a produção da saúde. Outros estudos vêm destacando que, numa sociedade capitalista, como a brasileira, o trabalho não se restringe a um meio de subsistência, mas atua como um agente de reconhecimento social, uma vez que os sujeitos constroem representações que dão ao trabalhador um sentido vital relacionado à moralidade e ao exercício da cidadania^{17,19}.

Nessa perspectiva, é possível questionar: Como as pessoas com DF experienciam o processo de acesso, permanência e perda do trabalho? Quais as dificuldades que esse público enfrenta para ingressar e permanecer no mercado formal de trabalho? E quais as implicações psicossociais da exclusão do mercado de trabalho devido ao adoecimento por DF? Essas são algumas perguntas que se busca investigar. Portanto, esse estudo tem como objetivo analisar as barreiras de entrada e permanência, de pessoas com DF, no mercado formal de trabalho e discutir as implicações psicossociais da perda do emprego entre esses sujeitos.

2. Método

Trata-se de estudo qualitativo realizado no município de Belo Horizonte, capital do Estado de Minas Gerais. Foram entrevistadas 12 pessoas com DF e que realizavam o tratamento no Ambulatório do Hemocentro de Belo Horizonte (HBH) da Fundação Hemominas, escolhidas a partir dos seguintes critérios de seleção: indivíduos de ambos os sexos; maiores de 18 anos; com doença falciforme (DF) Hb SS e Hb SC; moradores da Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH); que possuíam do ensino fundamental completo ao ensino médio completo e, não tinham limitação física e/ou cognitiva que impedissem o trabalho.

Os participantes foram divididos em dois grupos, considerando sua situação em relação ao vínculo empregatício. O primeiro grupo (GI) era formado por indivíduos que buscavam o primeiro emprego formal e o segundo (GII), por indivíduos que perderam o emprego formal há mais de seis meses, tinham interesse em voltar ao mercado de trabalho e não recebiam Benefício da Prestação Continuada (BPC). Tal benefício consiste na garantia de um salário mínimo mensal à pessoa com deficiência que comprove não possuir meios de prover a própria manutenção, nem de tê-la provida por sua família²⁰.

Esses grupos foram divididos em dois subgrupos compostos por indivíduos com DF Hb SS e Hb SC. Essa divisão se justifica uma vez que essas são as variantes mais comuns entre as DF e, apesar de apresentarem complicações semelhantes, a evolução clínica da Hb SC é mais benigna do que a da Hb SS, possibilitando estudo comparativo²¹. Os critérios de exclusão para todos os grupos foram limitação física e/ou cognitiva que impedisse participação na pesquisa, não estar procurando trabalho e recusa em participar do estudo.

O número de participantes foi determinado a partir da utilização do critério de saturação, preconizado pela metodologia qualitativa²². No momento da entrevista o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi lido e assinado pelo participante.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas abertas, orientadas por um roteiro semiestruturado que contemplou percepções dos entrevistados sobre a DF e sua relação com o trabalho. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas e analisadas sob a perspectiva da Análise de Conteúdo Temática²². Nesse sentido, foram realizadas leituras flutuantes das transcrições e, em seguida, foram identificadas categorias temáticas recorrentes entre as falas dos entrevistados. Posteriormente, as falas foram reorganizadas e agrupadas a partir das categorias identificadas, possibilitando, assim a construção de análises e inferências considerando a proposta da investigação.

Este projeto de pesquisa foi conduzido dentro de padrões éticos exigidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa / Conselho Nacional de Saúde / Ministério da Saúde (CONEP/CNS/MS), tendo sido submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fundação Hemominas em 10 de Outubro de 2016, mediante parecer nº CEP 435. A pesquisa contou com financiamento próprio, não existindo conflitos de interesses.

3. Resultados

Dos 12 participantes deste estudo sete eram do sexo feminino e cinco do masculino, dez

declararam ser solteiros e a faixa etária variou entre 18 e 43 anos, sendo de 18 a 31 anos entre os indivíduos do grupo GI e 22 a 43 anos entre os do GII. Dois indivíduos tinham ensino superior incompleto, sete ensino médio completo, dois incompleto e um ensino fundamental completo. Seis nunca tinham trabalhado e estavam em busca do primeiro emprego e os demais, estavam desempregados e queriam retornar ao mercado de trabalho. Dez participantes tiveram acesso à qualificação profissional.

A Hb SS estava presente em 6 indivíduos e nos outros a Hb SC e, apesar da forma homocigota ser marcada pelas manifestações clínicas mais severas, não foram identificadas diferenças entre os dois grupos em relação à dificuldade de acesso e perda do trabalho. Após a análise dos dados, emergiram as seguintes categorias: vivendo com a DF, dificuldades na busca por emprego, a perda do trabalho.

3.1 Vivendo com Doença Falciforme

Os participantes do estudo tiveram seu diagnóstico realizado antes da implementação do “teste do pezinho”, que é o exame de triagem neonatal que detecta se o bebê possui alguma alteração que possa indicar o diagnóstico de uma doença de origem genética grave ou congênita²⁴.

Muitos relataram experiências de dor e dificuldade dos profissionais de saúde em diagnosticar corretamente a doença, como pode ser percebido na fala de um dos entrevistados:

(...) Não, eu acho que eu nem fiz o Teste do Pezinho. Foi com 8/9 anos, cada médico falava uma coisa, uns falavam que era infecção, outros falavam que era ouvido que chorava muito, sentia dor né, passava muito mal, aí foi com 9 anos que descobriu. (GII – Hb SC – Fem - 25 anos)

Nesse sentido, a DF é percebida, pelos participantes, como algo negativo, pois a dor e o sofrimento durante a vida são predominantes. Os sentimentos de tristeza, revolta e exclusão também aparecem nas falas dos participantes. Para os entrevistados, a doença produz diversas implicações negativas em seu cotidiano, as quais contribuem para o sentimento de “anormalidade”, uma vez que impõem limitações no modo como exercem as atividades cotidianas e, frequentemente, impedem o exercício de outras, principalmente aquelas relacionadas ao mundo do trabalho. Observa-se que devido à sintomatologia da DF, os entrevistados percebem uma interferência negativa na qualidade de vida, sendo a crise algica a intercorrência mais relatada como um fator dificultador para realização de atividades diárias e de lazer. As relações interpessoais também são prejudicadas em decorrência das restrições provocadas pelos eventos agudos da doença, levando alguns a se isolarem.

(...) É muito ruim ter anemia (falciforme), não é bom não, eu não gosto. Tem gente que fala que vive uma vida

normal. Eu não vivo uma vida normal porque eu quero trabalhar e não posso, eu quero ter filho e tem toda uma complicação (...) Nossa, eu odeio ter anemia, eu odeio (...). (GII – Hb SS – Fem - 23 anos)
(...) Olha... interfere sim. No esporte, com certeza porque eu sei as minhas limitações entendeu? O frio... se eu entrar numa água fria eu vou passar mal então eu evito ao máximo. Cachoeira só pra admirar. Futebol já tentei jogar pra lazer, mas não tem jeito. Mas a gente acaba que em si a gente se torna uma limitação. (GI – Hb SC – Masc – 31 anos)

Outro aspecto importante, identificado nas falas dos entrevistados, diz respeito ao impacto da DF e do seu tratamento no processo de escolarização. Nesse sentido, os entrevistados encontraram em sua condição clínica e na rotina de cuidados, uma série de barreiras que interferiram, negativamente, em seu processo de aprendizagem e na continuidade dos estudos. Desse modo, as dores e as crises álgicas, assim como a necessidade de internações frequentes foram apontadas como eventos que dificultavam a continuidade das atividades escolares levando a baixas notas e a evasão escolar, conforme relato de um entrevistado (...) *“Ano passado eu tive uma crise enquanto eu estava fazendo cursinho preparatório pro pré-vestibular, então não pude me concentrar nos estudos direito, fiquei um mês internado. Então me atrapalha também no estudo”.* (GI – Hb SS – Masc – 21 anos).

Vale ressaltar que, já naquele período os entrevistados percebiam em seus professores a dificuldade de compreensão da sua condição clínica, o que gerava uma série de dificuldades não apenas no ano letivo, como também na assimilação de novos conteúdos em outros anos escolares. Além disso, alguns entrevistados também relataram a dificuldade dos professores de educação física de considerarem o seu estado de saúde, o qual limitava e, em alguns casos, inviabilizava a participação das atividades propostas, gerando constrangimentos e até mesmo reprovações, as quais também contribuíam para atrasos na formação e evasão escolar.

(...) Eu internava demais e com isso o professor, eles nunca vão repetir a matéria né? Ai você chega na sala e tá passando uma matéria. Ai você tá passando mal, interna. Até você ser tratado pra você voltar já tá em outra matéria totalmente diferente. Ai quando você vai ver, você chega em outro ano, aquela matéria que vai ser cobrada, às vezes o alicerce dela ficou pra trás. Isso defasou um pouco e como a gente sempre estudou em escola pública o ensino já é um pouco inferior... ai me atrapalhou. (GI – Hb SS – Masc – 21 anos)

(...) Quando eu estudava era uma luta na escola porque educação física, infelizmente dá bomba também, se você não participar e eu não participava de nada. Eu não aguento jogar uma bola, eu não aguento jogar uma peteca, eu fico muito cansada. Esforço físico nenhum eu consigo. (GII – Hb SS – Fem - 23 anos)

Somadas às fragilidades do seu processo de escolarização, também chama a atenção a falta de orientação para a busca de uma profissão, compatível com o estado de saúde da pessoa com DF. Nessa vertente, nove dos doze entrevistados não receberam nenhum tipo de orientação para o mercado de trabalho. Esse cenário parece ter contribuído ainda mais para o distanciamento desses sujeitos do mercado de trabalho formal e favorecido a inserção dessas pessoas em serviços que exigiam baixa qualificação profissional.

3.2 Dificuldades na busca por emprego

A omissão da doença aparece tanto em relação aos amigos e familiares quanto na seleção de emprego e no ambiente do trabalho. (...) *“Realmente é difícil. De duas, uma: se você falar que você tem a doença, você não consegue. Se você omitir é pior também, né, porque vamos supor que você passe mal, como é que você vai ficar?”* (GI – Hb SC – Fem – 23 anos)

Alguns entrevistados preferem não falar sobre a doença por causa de atitudes preconceituosas que ocorrem devido ao desconhecimento da mesma. Outros preferem não omitir essa informação, por acreditar que não conseguirão esconder as manifestações da doença que podem surgir no trabalho.

(...) Duas pessoas só que sabem. Porque tem gente que não entende, não conhece, né? Fala que é no sangue aí já acha que pode ser transmitido, transmissível, entendeu? Eu prefiro nem tocar no assunto. Tem gente da família que não sabe. (GII – Hb SC – Fem - 25 anos)

Nesse sentido, os entrevistados se deparam com a dúvida de revelar ou não o seu diagnóstico durante os processos seletivos e de contratação, o que é vivido com grande angústia. Assim, de um lado, os participantes acreditam que não conseguirão esconder as manifestações da doença que poderão surgir no cotidiano de trabalho, o que resultaria em uma demissão.

Entretanto, também reconhecem que revelar o diagnóstico durante as entrevistas de seleção, quase sempre é um fator eliminatório que os impedem de prosseguirem nos processos seletivos e alcançarem postos de trabalho, ainda que em funções para as quais estejam aptos e qualificados.

(...) Quando a gente fala na entrevista que tem anemia falciforme por mais que a pessoa não conheça, a pessoa pensa mil e uma coisas, né? ‘Ela tem isso né, mas o que vai causar isso dentro da empresa?’. Eu já fui em entrevista que eles perguntam: ‘isso te atrapalha em alguma coisa?’ aí eu sempre falo ‘olha, no frio me incomoda, eu sinto muita dor, eu não consigo ter muito contato com friagem, ficar muito em câmara fria, em ilha de frios eu não consigo’. Aí a gente já nota pela expressão, assim, uma certa rejeição. É isso. (GII – Hb SC – 23 anos)

(...) Quando eu vou fazer uma entrevista aí fala ‘você tem alguma doença?’ eu falo ‘tenho anemia falciforme’. Aí a pergunta é: ‘entrega muito atestado, com muita frequência?’. Eu não vou mentir, vou falar que sim porque é a verdade: Eu tenho crise frequentemente, então por conta disso eu acredito que ninguém me contrata. (...) quando eu falo que tenho anemia eu já levo um não na cara. (GII – Hb SS – Fem - 23 anos)

Aqueles que não se deparam com os questionamentos relacionados à saúde no processo seletivo, encontraram uma outra barreira no processo de contratação: os exames admissionais. Nessa vertente, frente às alterações descritas nos exames de sangue, solicitados no momento de contratação, os entrevistados se encontram diante da necessidade de revelar o seu diagnóstico ao médico do trabalho. Os relatos dos participantes mostram que, independente do estado atual de saúde, do controle dos sintomas e da manutenção do tratamento da DF, os médicos do trabalho desconsideram qualquer possibilidade de inserção desses indivíduos na

empresa, resultando na perda a oportunidade de trabalho e em grande frustração, como descrito nas falas a seguir:

(...) Eu fiz um teste numa empresa, passei em todas as etapas, mas na parte do exame médico eles não me passaram. Eu tenho total certeza que é por causa da anemia porque eu e minha irmã fizemos o teste na mesma empresa. Ela passou e eu não, por causa do médico. (GI - Hb SC – Fem – 23 anos)

(...) Muitas das vezes não é nem a entrevista, é mais o exame médico que dá pau na gente. Eles perguntam ‘você faz tratamento de alguma anemia, toma algum remédio?’; aí a gente fala a verdade, eles vai e dá pau na gente, né. Fala “ah, não, então controla primeiro a anemia pra depois você vir aqui de novo pra tentar a vaga”. (GII – Hb SS – Masc - 22 anos)

Diante de diversas negativas de oportunidade de trabalho no mercado formal e, inseridos em famílias de baixa renda e visando garantir os meios básicos de sobrevivência as pessoas com DF, quando conseguem, se inserem em atividades precárias e subempregos, seja no mercado informal, assim como em pequenos negócios familiares e outras ocupações autônomas.

(...) Sou autônomo. Eu tenho uma loja de bicicleta onde faço conserto de bicicleta e também vendo peças e acessórios. Esse foi o meu jeito de fugir do desemprego em si né. (...) como eu trabalho por conta própria, eu acabo que tenho que trabalhar praticamente que dobrado, trabalho até mais do que um trabalhador normal porque como é eu que faço meu salário então eu tenho que correr atrás e na crise que a gente tá no país não tá fácil. (GI – Hb SC – Masc – 31 anos).

(...) Eu trabalho em padaria (sem carteira assinada), só que padaria com a minha irmã no caixa. Antes eu ficava no balcão só que por causa da crise, né, eu cheguei a passar mal aí ela foi e me colocou no caixa. (GI – Hb SC – Fem – 23 anos).

(...) Olha, atualmente eu trabalho fazendo bico, só dois dias na semana e... eu trabalho como atendente né, eu fico com o cliente no telefone e eu trabalho manualmente também embalando maionese pra mandar pros clientes, trabalho na entrega de sanduíche. (GII – Hb SS – Fem – 43 anos)

Outros entrevistados, diante de tantas barreiras para acessarem o mercado de trabalho, sonham com a possibilidade de aprovação em um concurso público. Segundo eles, o ingresso no serviço público proporcionaria estabilidade financeira e de manutenção do emprego. Além disso, teriam garantida a possibilidade de afastamentos para tratamentos e cuidados com a saúde que, apesar de se tratarem de direitos dos trabalhadores brasileiros, dificilmente são tolerados pelos empregadores, os quais optam por demitir os trabalhadores adoecidos, ainda que sob outras justificativas.

(...) Por que (concurso público)? Porque primeiro que eu vou ter a minha estabilidade no meu emprego e uma estabilidade financeira também. Segundo que se eu passar mal, tiver algum problema de saúde, eu não vou ser mandado embora, eles não vão inventar desculpa pra mim ser mandado embora por coisa alguma por causa disso porque mesmo se mandar eu posso entrar como uma ação na justiça contra o Estado por causa disso. (GI – Hb SC - Masc – 31 anos)

(...) Eu quero ter alguma coisa estável, estabilidade no emprego. Tanto por causa da anemia também. Ai é por isso que eu tô agora atrás de concurso que querendo ou não vai me dar uma estabilidade grande. (GI – Hb SC – Fem – 19 anos)

3.3 A perda do trabalho

Conforme apontado anteriormente, apenas metade dos entrevistados relatou ter tido alguma experiência profissional formal. O fato de todos os participantes estarem desempregados ou inseridos no mercado informal, no momento da pesquisa, revela a dificuldade que aqueles sujeitos com DF que conseguem atravessar as barreiras impostas durante os processos seletivos e os exames admissionais, para manutenção dos seus empregos: (...) *“Eles preferem alguém que seja mais saudável, que não vá faltar muito, que não dê prejuízo pra empresa”* (GI – Hb SC – Fem – 19 anos). Os entrevistados reconhecem que o modelo de trabalhador, idealizado pelos empregadores e pelo sistema capitalista, não condiz com o seu estado real de saúde, uma vez que, cada vez mais, busca-se um trabalhador “perfeito”, ou seja, que não falte ao trabalho e que não adoeça, conforme fala do entrevistado *“(...) a gente carrega esse fardo muito pesado nas costas porque a gente sabe que tem essa limitação e quando você vai procurar um emprego, a empresa pede pro você o quê? Perfeição”*. (GII – Hb SS – Fem – 43 anos)

Desse modo, os entrevistados afirmam que a DF impõe uma série de cuidados e tratamentos que, muitas vezes, interpõem-se à rotina de trabalho, exigindo se ausentarem, periodicamente, de seus postos de trabalho que, como já apontado acima, não é bem recebido pelos empregadores, como disse uma entrevistada: (...) *“Eles falaram que era pra mim evitar de*

faltar, entregar atestado. Era pra mim fazer a transfusão e ir pra lá. (...) Aí eu não quis continuar não”. (GII – Hb SS – Fem – 29 anos)

(...) Eu vou precisar de tempo pra mim sair pra ir pra consulta. Quando eu tenho a consulta eu tenho que tirar sangue um dia antes, ou seja, é dois dias perdido. Com isso também eu tenho exame de oftalmologia pra fazer, porque tem complicação nas vistas que a gente não pode deixar de fazer. Tem que fazer ultrassom de tempo em tempo, tem o cardiologista pra vim, então é complicado. (GI – Hb SC – Masc – 31 anos)

Além das limitações impostas pela enfermidade e pela rotina de tratamentos da DF, os entrevistados também eram obrigados a conviver com a desconfiança por parte dos seus empregadores que questionavam se de fato estavam doentes e, ainda, suspeitavam da veracidade dos atestados médicos apresentados.

(...) Aí eu conversava com a gerente, levava atestado e a gerente ficava pegando no meu pé por causa dos atestados. Ela já chegou até cogitar que o atestado era comprado (...) Ela falava que eu comprava atestado, que não sabia onde que eu arrumava tanto atestado assim. (GII – Hb SC – Fem – 23 anos)

Outros entrevistados relataram diversas situações onde os empregadores, mesmo sabendo do diagnóstico de DF, exigiam que os participantes desenvolvessem atividades que agravavam os sintomas clínicos, especialmente aquelas em setores, como os refrigeradores e as câmaras frias, que comprometiam ainda mais o estado de saúde e favoreciam o agravamento das crises álgicas. Segundo os entrevistados, apesar das diversas tentativas de explicação, os mesmos não conseguiam convencer os seus empregadores, os quais não demonstravam sensibilidade quanto ao seu estado de saúde.

(...) Eu comecei a ter muita dificuldade porque eles me jogaram pra trabalhar na câmara fria. A princípio não era câmara fria e eu ficava mais em casa do que trabalhando porque eu não suportava o frio de jeito nenhum. Eu ia um dia, ficava quinze em casa porque eu não conseguia. (...) Na entrevista eu já falei que eu era portadora de anemia falciforme, falei das dificuldades. Aí eu tive um problema com o gerente a respeito disso, eu pedi pra ele me trocar de setor porque não estava dando. Ele falou comigo que se eu tivesse incomodada era pra procurar meus direitos que ele não ia me trocar de setor. (GII – Hb SC – Fem – 23 anos)

Em todos os relatos, essas situações culminaram na perda do trabalho. Entretanto, o conjunto de falas dos entrevistados revela que o momento da demissão nem sempre é claro e, frequentemente, os empregadores utilizam outros argumentos, como a falta de demanda, para justificar os desligamentos, como revela um dos participantes (...) *“Ah, por que você tá me desligando da empresa? Não, porque tá muito cheio e a gente não tá precisando de você agora, entendeu? Tem n desculpas. Então, não adianta”*. (GI – Hb SC – Masc – 31 anos)

Também foram recorrentes os relatos de situações onde os empregadores assediavam os trabalhadores de forma perversa, na tentativa de convencê-los da sua inaptidão para o trabalho, constrangendo-os pela sua própria condição de saúde. Desse modo, muitas vezes, os entrevistados eram convencidos pelos empregadores a pedirem demissão, por meio de

argumentos que fomentavam o sentimento de culpa dos entrevistados, além de situações onde o trabalho era ainda mais precarizado, forçando, portanto, um pedido de demissão.

(...) Eu num quis continuar lá mais. (...) foi eu que não quis porque era muita pressão. (...) lá eles falam que pra quem falta muito não é bom porque prejudica a equipe que é uma equipe enorme, né? (GII – Hb SS – Fem – 29 anos)

(...) Ele falou assim: ‘ó, a gente não aceita atestado, se você ficar dando atestado a gente vai te colocar no pior horário que tem pra você trabalhar e você tem que pedir demissão que a gente não vai te mandar embora não. E aí eu pedi, 3 meses que eu tava lá e pedi demissão. (...) Quando eu levei o atestado, o supervisor falou ‘olha, não dá, você vai ter que pedir demissão que a gente não manda embora. (GII – Hb SS – Fem – 23 anos)

A perda do trabalho e a dificuldade de se reinserir em um novo emprego contribuiu para o sentimento de exclusão social. Nesse sentido, para os entrevistados, o trabalho também ocupa um papel importante na inserção na vida social e comunitária, além contribuir para sua autoestima, uma vez que, por meio do trabalho, esses sujeitos se sentem úteis, importantes e normais: (...) *“Eu me sinto excluído da sociedade em relação a isso (trabalho)”* (GI – Hb SC – Masc – 31 anos) ou (...) *“Eu não vivo uma vida normal porque eu quero trabalhar e não posso”*.(GII – Hb SS – Fem – 23 anos)

(...) Eu quero trabalhar, eu preciso trabalhar né. Eu acho que isso faz a vida da gente ir adiante. (...) eu não quero viver encostada em alguém porque eu acho que isso não é só pra pessoa que tem anemia falciforme não, acredito que pra mulher mesmo, pra estima da gente né, a gente precisa trabalhar. (...) Eu quero alguma coisa, eu quero mostrar que eu sou útil. Eu não sou inválida: eu tenho duas pernas, dois braços, mas eu não consigo emprego. (GII – Hb SS – Fem – 43 anos)

Diante das dificuldades encontradas observou-se a insatisfação dos participantes com a falta de amparo social do governo para as pessoas que tem doença congênita que geram limitação para o trabalho e a necessidade de incentivo para esse trabalhador.

(...) É difícil demais porque um deficiente tem a proteção da lei e a gente não tem isso não (...). Eu falo porque eu tenho a minha ex-cunhada que ela tinha deficiência física e ela nunca ficou parada na vida . (GII – Hb SS – Fem – 43 anos)

4. Discussão

Apesar das recentes inovações e do desenvolvimento de novas tecnologias para diagnóstico e tratamento da DF, as falas dos participantes do presente estudo apontam para um cenário ainda muito preocupante, marcado pela dor e pelo sofrimento de conviver, cotidianamente, com essa enfermidade e com os impactos psicossociais da doença. Assim como em outros estudos, o discurso dos entrevistados revela que a sintomatologia da DF e a rotina de tratamentos e cuidados, reduz a qualidade de vida desses sujeitos, interferindo,

negativamente, tanto em suas relações interpessoais, bem como no modo como percebem a si mesmos^{8,9,12,25}. Desse modo, os sentimentos de revolta e tristeza de ter a DF, identificados nesse estudo, também foram observados em outros estudos semelhantes^{8,25,26}.

Em outra investigação, também desenvolvida no estado de Minas Gerais, os autores¹² também constataram que, as pessoas com DF percebem a qualidade de vida como sendo, intimamente associada aos domínios físico (condição física), psicológico (condição afetiva e cognitiva) e ao nível de independência, sendo este último relacionado à percepção da sua condição de exercer atividades laborais e gerar recursos que garantam a sua sobrevivência e autonomia. Desse modo, o desemprego e a dificuldade de inserção das pessoas com DF no mercado de trabalho, são fatores que limitam os recursos financeiros desses sujeitos e ampliam o comprometimento da qualidade de vida, interferindo, conseqüentemente, em seu estado de saúde física, mental e social^{26,27}.

Avaliando os aspectos epidemiológicos e sociais da pessoa com DF que realizam tratamento em Hemocentro da região do triângulo mineiro, os autores²⁵ constataram um maior número de pacientes negros e pardos vivendo em bairros periféricos e também com dificuldades de acessarem o mercado de trabalho formal, contribuindo para um grande número de pessoas com DF ocupando subempregos e trabalhos informais, assim como vivendo sem renda mensal. Além disso, os autores também constataram que, após o diagnóstico, os pacientes vivenciam mudanças comportamentais, especialmente aquelas relacionadas ao trabalho e ao lazer, assim como piora nas relações familiares e de amizades, tornando ainda mais frágeis as redes de proteção social desses sujeitos²⁷.

Na mesma direção, outro estudo²⁶ também revelou a dificuldade de inserção profissional das pessoas com DF, em função das restrições físicas impostas pelo adoecimento e tratamento. Assim como no presente estudo, os autores observaram que a condição clínica é um fator limitante que interfere negativamente no processo de escolarização dessas pessoas, comprometendo ainda mais as chances das pessoas com DF ocuparem postos de trabalho comuns e prazerosos, levando esses sujeitos a ocuparem atividades informais e subempregos, assim como entre o grupo dos nossos entrevistados²⁶.

Cabe destacar que, ao contrário de outros grupos sociais, as pessoas com DF não encontram amparo legal que incentivem a sua entrada no mercado de trabalho e que garantam a sua permanência nesses contextos²⁷. Apesar das lutas dos movimentos sociais, as pessoas com DF ainda se deparam com a necessidade de conciliar o tratamento com a sua jornada de trabalho, porém legalmente desprotegidas diante das artimanhas de exclusão, estruturantes do sistema

capitalista e reproduzidas pelos empregadores²⁷⁻²⁹.

Vale ressaltar que, o trabalho é rico de sentido individual e social, configurando-se como meio de produção da vida de cada um, provendo a subsistência, criando sentidos existenciais ou contribuindo na estruturação da personalidade e da identidade. Sociologicamente, o trabalho sempre foi tema de investigação importante na vida do homem, porque conjuga vários aspectos da existência humana³⁰. Segundo Tolfo e Piccinini³¹ para que a vida do ser humano seja dotada de sentido, é necessário que o indivíduo encontre no trabalho o primeiro momento de realização. O trabalho, portanto, tem papel determinante no equilíbrio do ser humano, mantendo-o vinculado à realidade, constituindo muitas vezes, fator norteador da vida humana, com interferência direta nas condições físicas, psíquicas, mentais e sociais dos indivíduos³².

Por se tratar de uma enfermidade que acomete, majoritariamente, a população negra, é imprescindível considerar as implicações do racismo, em suas múltiplas formas e manifestações, na construção desse cenário, seja no menor número de produções acadêmicas, nas ofertas assistenciais, assim como na maior dificuldade desse público em se (re)inserir no mercado de trabalho formal²⁹. Nessa perspectiva, é preciso considerar que a população negra é, cotidianamente, violentada por diversos processos de exclusão social e também se encontra socialmente mais vulnerável a fatores, como o desemprego, às violências e, portanto, apresenta menor expectativa de vida e menores índices de bem-estar e qualidade de vida^{27,33}. Desse modo, é preciso considerar que a população negra, com DF, experiência uma situação de vulnerabilidade social complexa, coexistindo elementos individuais juntamente com uma dimensão coletiva do adoecimento²⁷. Em outras palavras, os relatos das vivências das pessoas com DF revelam também marcas de uma sociedade onde o preconceito racial e o racismo institucional encontram-se fortemente difundidos entre as pessoas, os grupos e instituições, configurando um cenário de sobreposição de vulnerabilidade e, ao mesmo tempo, tornando invisíveis as demandas e necessidades desse grupo específico^{27,29}. Por ser uma doença invisível e não ter na sociedade esclarecimentos para desconstrução de estigmas, o preconceito racial e de classe marcam negativamente as condições de viver, adoecer e morrer das pessoas com DF¹⁴.

5. Conclusão

O presente estudo revelou alguns elementos importantes que permeiam o cotidiano das

peças com DF e que configuram um cenário de grande exclusão e vulnerabilidade social, ainda pouco explorado pela literatura. Desde a infância, as peças com DF têm suas oportunidades de inserção no mercado formal de trabalho comprometidas, seja a partir das dificuldades de permanência nas instituições escolares, das ausências de estratégias de formação e orientação profissional bem como a partir das barreiras e preconceitos que esse público vivencia nos processos seletivos e de contratação. Além disso, os dados também revelam um contexto marcado pelo assédio e violência contra as peças com DF, quando inseridas no mercado de trabalho, resultando, frequentemente, no desemprego e na maior vulnerabilidade social desse grupo.

O direito ao trabalho deve ser assegurado a todo o cidadão, dentro das suas potencialidades e formação. Entretanto, no Brasil, não se encontra legislação que proteja ou ampare a inclusão e permanência das peças com DF no trabalho. Elas não são consideradas deficientes nos termos da Lei e, portanto, não fazem jus a serem incluídas no sistema de cotas para deficientes. Este cenário favorece a dupla exclusão das peças com a DF, uma vez que, considerando-se as características da sociedade brasileira, os sujeitos são marginalizados pela sua condição de doentes e de não-trabalhadores. Soma-se ainda o fato de tratar-se de uma doença, mais prevalente entre a população negra, a qual, historicamente, vem sofrendo diversas violências e exclusões sociais.

É, portanto, urgente e necessário pensar uma reformulação da legislação vigente, visando abarcar também as peças que tenham reconhecidamente, limitações funcionais e cognitivas oriundas de doenças congênitas, como a DF. Ao albergá-las na tutela da lei é facilitado o acesso ao mercado de trabalho a estas peças e, por meio do trabalho, valorizada a sua cidadania, autonomia e dignidade, tão fundamentais para a condição humana.

Também é fundamental promover pesquisas envolvendo o prognóstico ocupacional desta população, visando subsidiar políticas que atendam o anseio deste grupo de peças ao acesso ao mercado de trabalho. Nesse sentido, é necessário o desenvolvimento de novos estudos que vão além da dimensão biomédica da doença e considerem as implicações psicossociais e as experiências dos sujeitos que convivem, dia após dia, com essa enfermidade.

6. Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Doença falciforme: condutas básicas para tratamento. Brasília: DF, 2013. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

2. Cançado RD, Jesus JA. A doença falciforme no Brasil. *Rev. bras. hematol. hemoter.* 2007; 29(3): 203-206.
3. CHMOB. Centro de Educação e Apoio para Hemoglobinopatias; Centro de Educação e Apoio para Hemoglobinopatias. Protocolo de atendimento aos eventos agudos da doença falciforme. Belo Horizonte. 2005.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Manual de diagnóstico e tratamento de doenças falciformes. Brasília: DF, 2001.
5. Cançado RD, Lobo C, Ângulo I, Araújo PI, Jesus J. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para uso de hidroxiureia na doença falciforme. *Rev. Bras. Hematol. Hemoter.* Epub Oct 09 2009; 31(5): 361-366.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual de Educação em Saúde: autocuidado na Doença Falciforme. Brasília: DF, 2008.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. Doença falciforme: o que se deve saber sobre herança genética. Brasília: DF, 2014.
8. Menezes ASOP. Qualidade de vida em portadores de doença falciforme. *Rev. Paul Ped.* 2013; 31(1): 24-29.
9. Mastandrea EB, Lucchesi F, Kitayama MM, Figueiredo MS, Citero VA. The relationship between genotype, psychiatric symptoms and quality of life in adult patients with sickle cell disease in São Paulo, Brazil: a cross-sectional study. *São Paulo Med J.* 2015; 133(5): 421- 427.
10. Anie KA, Grocott H, White L, Dzingina M, Rogers G, Cho G. Patient self- assessment of hospital pain, mood and health-related quality of life in adults with sickle cell disease. *BMJ Open.* 2012; 2(4): 1-6.
11. Pereira SAS, Brener S, Cardoso, CS, Proietti, ABC. Sickle Cell Disease: quality of life in patients with hemoglobin SS and SC disorders. *Revista Bras Hemat Hemot.* 2013; 35(5): 325- 331.
12. Pereira SAS, Cardoso, CS, Brener S, Proietti, ABC. Doença falciforme e qualidade de vida: um estudo da percepção subjetiva dos pacientes da Fundação Hemominas, Minas Gerais, Brasil. *Revista Bras Hemat Hemot.* 2008; 30(5): 411-416.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. Doença falciforme: orientações básicas no espaço de trabalho. Brasília: DF, 2014.
14. Freitas SLF, Ivo ML, Figueiredo MS, Gerk MA, Nunes CB, Monteiro FF. Qualidade de vida em adultos com doença falciforme: revisão integrativa da literatura. *Rev Bras Enf.* 2018; 71(1): 207-217.

15. Silva HD, Paixão GPN, Silva CS, Bittencourt IS, Evangelista TJ, Silva RS et al. Anemia falciforme e seus aspectos psicossociais: O olhar do doente e do cuidador familiar. *Rev Cuid.* Jan 2013; 4(1): 475-483.
16. Antunes R. Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo Editorial; 2000.
17. Barros VA, Nogueira ML. Identidade e Trabalho: reflexões a partir de contextos precarizados e excludentes. *Educação & Tecnologia.* 2007; 12(3): 10-12.
18. Dejours C, Barros J, Lancman S. A centralidade do trabalho para a construção da saúde. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo.* 2016; 27(2): 228-235.
19. Lima ME. Trabalho e identidade: uma reflexão à luz do debate sobre a centralidade do trabalho na sociedade contemporânea. *Educação & Tecnologia.* 2007; 12(3):5-9.
20. Brasil. Ministério da Economia. Instituto Nacional do Seguro Social. INSS. Brasília. 2019. [acesso em 14 fev 2020]. Disponível em <https://www.inss.gov.br/beneficios/beneficio-assistencia-a-pessoa-com-deficiencia-bpc/>
21. Zago MA, Falcão R, Pasquini R. Hematologia: fundamentos e práticas. São Paulo: Atheneu, 2004.
22. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 2009.
23. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
24. NUPAD. Núcleo de Ações e Pesquisa em Apoio Diagnóstico. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). [Acesso em 17 fev 2020]. Disponível em: <<https://www.nupad.medicina.ufmg.br/programa-e-aco-es/programa-de-triagem-neonatal-de-minas-gerais/>>
25. Felix AA, Souza HM, Ribeiro SBF. Aspectos epidemiológicos e sociais da doença falciforme. *Rev. Bras. Hematol. Hemoter.* 2010; 32(3): 203-208.
26. Silva HD, Paixão GPN, Silva CS, Bittencourt IS, Evangelista TJ, Silva RS. Anemia falciforme e seus aspectos psicossociais: O olhar do doente e do cuidador familiar. *Rev Cuid.* 2013; 4(1): 475-483.
27. Figueiró AVM, Ribeiro RLR. Vivência do preconceito racial e de classe na doença falciforme. *Saúde & Sociedade.* 2017; 26(1): 88-99.
28. Sawaia B (Org.). As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social. Petrópolis RJ: Vozes, 2001.
29. Lages SRC, Silva AM, Silva DP, Damas JM, Jesus MA. O preconceito racial como determinante social da saúde - a invisibilidade da anemia falciforme. *Gerais Rev. Interinst. Psicol.* 2017; 10(1): 109-122.

30. Borges LO, Tamayo A. A estrutura cognitiva do significado do trabalho. *Rev. Psi Org Trab.* 2001; 1(2): 11-44.
31. Tolfo SR, Piccinini V. Sentidos e significados do trabalho: explorando conceitos, variáveis e estudos empíricos brasileiros. *Psicologia & Sociedade.* 2007; 19(spe): 38-46.
32. Carreira L, Marcon SS. Cotidiano e trabalho: concepções de indivíduos portadores de insuficiência renal crônica e seus familiares. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2003; 11(6):823-831.

Deficiência Auditiva Relacionada à Infecção Gestacional pelo Zika Vírus: Revisão Integrativa

Fernanda Dantas Pimentel

Jose Wellington De Oliveira Lima

RESUMO

No Brasil, a partir do ano de 2015, foram registrados inúmeros casos de infecção, relacionados ao Zika vírus, em diversos estados da federação, especialmente no Nordeste; ou seja, há pouco tempo vivemos esta epidemia que afetou o Brasil e particularmente o Ceará. Dentre as complicações causadas pelo vírus, destacam-se aquelas resultantes de infecção gestacional, sobretudo, a microcefalia e possíveis alterações visual e auditiva na criança. O acompanhamento auditivo, como o teste da orelhinha (otoemissões acústicas) e BERA (*Brainstem Evoked Response Audiometry*), é de difícil acesso ao Sistema Único de Saúde. O gerenciamento das causas da deficiência auditiva é um aspecto singular para a reabilitação da criança, já que o diagnóstico tardio da perda auditiva, ocasiona todo um atraso intelectual, que muitas vezes só é detectado tardiamente. Por este motivo, o exame auditivo deve ser considerado como estratégia de diagnóstico importante com uma gama de testes, dependendo de cada idade, a serem realizados. No entanto, não existem evidências robustas que sustentem a possível correlação entre infecção gestacional do Zika vírus, microcefalia e a perda auditiva em crianças, tornando-se necessário a realização de estudos mais aprofundados. Com isto, torna-se importante analisar e discutir as sequelas deixadas pelo Zika vírus. Há um certo consenso entre a comunidade acadêmica que o vírus ataca o Sistema Nervoso Central, desencadeando microcefalia, no entanto, há recorrências de outros danos associados, também de natureza neural, como deficiência visual e o objeto de estudo deste trabalho, deficiência auditiva. O objetivo geral do estudo é identificar na literatura disponível estudos que apontem a influência do Zika vírus como causa de perda auditiva e microcefalia em bebês de mães contaminadas pelo vírus. Trata-se de uma revisão integrativa realizada entre janeiro e fevereiro de 2020, produzido por meio de bases de dados como BVS, PubMed e CAPES. Foram usados descritores cadastrados junto aos Descritores em Ciências de Saúde - DeCS/MSH os termos: Zika, Perda auditiva, Diagnóstico Precoce. Realizando todas as referências e associações, e ainda, as devidas leituras e exclusão de artigos considerados de pouca relevância ou que não se configuraram como objeto deste estudo, restaram 08 (oito) artigos. Conclui-se que os estudos da temática em questão ainda são restritos, porém promissores para levantamentos futuros acerca do assunto.

Descritores: Zika Vírus. Perda Auditiva. Microcefalia.

ABSTRACT

In Brazil, as of 2015, numerous cases of infection related to the Zika virus were recorded in several states of the federation, especially in the Northeast; in other words, we have recently experienced this epidemic that has affected Brazil and particularly Ceará. Among the complications caused by the virus, those resulting from gestational infection stand out, especially microcephaly and possible visual and auditory changes in the child. Hearing monitoring, such as the ear test (acoustic emissions) and BERA (*Brainstem Evoked Response Audiometry*), is difficult to access by the Unified Health System. that the late diagnosis of hearing loss causes an entire intellectual delay, which is often only detected late. For this reason, the auditory examination should be considered as an important diagnostic strategy with a range of tests, depending on each age, to be performed. However, there is no robust evidence to support the possible correlation between gestational Zika virus infection, microcephaly

and hearing loss in children, making it necessary to carry out further studies. With this, it becomes important to analyze and discuss the sequelae left by the Zika virus. There is a certain consensus among the academic community that the virus attacks the Central Nervous System, triggering microcephaly, however, there are recurrences of other associated damages, also of a neural nature, such as visual impairment and the object of study of this work, hearing impairment. The general objective of the study is to identify in the available literature studies that point to the influence of the Zika virus as a cause of hearing loss and microcephaly in babies of mothers infected by the virus. This is an integrative review carried out between January and February 2020, produced through databases such as VHL, PubMed and CAPES. Descriptors registered with the Health Sciences Descriptors - DeCS/MSH were used the terms: Zika, Hearing loss, Early Diagnosis. Carrying out all the references and associations, and also, the due readings and exclusion of articles considered of little relevance or that were not configured as the object of this study, 08 (eight) articles remained. It is concluded that studies on the subject in question are still restricted, but promising for future surveys on the subject.

Descriptors: Zika Virus, Hearing Loss, Microcephaly

RESUMEN

En Brasil, a partir de 2015, se registraron numerosos casos de infección relacionados con el virus Zika en varios estados de la federación, especialmente en el Nordeste; es decir, hemos vivido recientemente esta epidemia que ha afectado a Brasil y en particular a Ceará. Entre las complicaciones provocadas por el virus destacan las derivadas de la infección gestacional, en especial la microcefalia y las posibles alteraciones visuales y auditivas del niño. El monitoreo de la audición, como la prueba del oído (emisiones acústicas) y BERA (Audiometría de Respuesta Evocada del Tronco Cerebral), es de difícil acceso por parte del Sistema Único de Salud que el diagnóstico tardío de la pérdida auditiva provoca todo un retraso intelectual, que muchas veces solo se detecta tardíamente. Por ello, la exploración auditiva debe ser considerada como una importante estrategia diagnóstica con una serie de pruebas a realizar, dependiendo de cada edad. Sin embargo, no hay pruebas sólidas que respalden la posible correlación entre la infección por el virus del Zika gestacional, la microcefalia y la pérdida auditiva en los niños, por lo que es necesario realizar más estudios. Con esto, se vuelve importante analizar y discutir las consecuencias que deja el virus Zika. Existe cierto consenso entre la comunidad académica de que el virus ataca el Sistema Nervioso Central, desencadenando la microcefalia, sin embargo, existen recurrencias de otros daños asociados, también de carácter neural, como la discapacidad visual y objeto de estudio de este trabajo, la discapacidad auditiva. El objetivo general del estudio es identificar en la literatura disponible estudios que apunten a la influencia del virus Zika como causa de hipoacusia y microcefalia en bebés de madres infectadas por el virus. Esta es una revisión integradora realizada entre enero y febrero de 2020, producida a través de bases de datos como BVS, PubMed y CAPES. Descriptores registrados en el Descriptor de Ciencias de la Salud - DeCS/MSH fueron utilizados los términos: Zika, Hipoacusia, Diagnóstico Precoz. Realizadas todas las referencias y asociaciones, así como las debidas lecturas y exclusión de artículos considerados de poca relevancia o que no se configuraron como objeto de este estudio, quedaron 08 (ocho) artículos. Se concluye que los estudios sobre el tema en cuestión aún son restringidos, pero promisorios para futuras encuestas sobre el tema.

Descriptor: Virus Zika. Pérdida Auditiva. Microcefalia.

INTRODUÇÃO

Entre os anos de 2010 e 2015, principalmente, notadamente após a disseminação do *Aedes Aegypti*, causador da Dengue, tem-se observado, no âmbito global, uma crescente atenção relacionada ao potencial de disseminação de doenças emergentes, por exemplo,

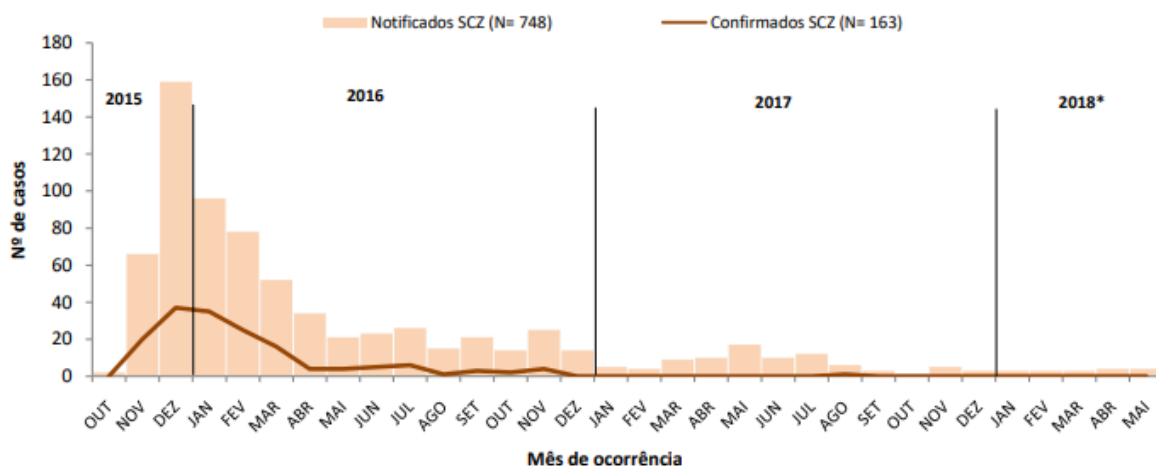
dengue, febre do chikungunya, febre do Zika vírus e microcefalia congênita causada associada a este vírus¹.

A febre pelo Zika vírus é pouco conhecida, sendo que apenas 18% das infecções humanas têm manifestações clínicas. Em outubro de 2015, o número de casos de microcefalia neonatal, possivelmente relacionados ao Zika vírus, cresceu significativamente no Brasil, emergindo como um problema de saúde mundial².

No Brasil, dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) mostram que houve um aumento substancial na prevalência de microcefalia ao nascer, em 2015. A partir desses dados, o Ministério da Saúde (MS) está investigando todos os casos de microcefalia e outras alterações no sistema nervoso central, informados pelos estados pela possível relação com o Zika vírus e outras infecções congênitas³.

No Ceará, de outubro de 2015 a 03 de maio de 2016, foram notificados 468 casos de microcefalia relacionada ao Zika vírus, destes, 18,0% (84/468) foram confirmados, 30,6% (143/468) foram descartados e 51,5% (241/468) estão em investigação. Do total de notificados, 81,8% (383/468) foram detectados no pós-parto e 15,6% (73/468) durante a gestação. Dos casos confirmados, 85,7% (72/84) foram encerrados por critério clínicoradiológico e 14,3% (12/84) tiveram diagnóstico laboratorial confirmado para Zika vírus⁴.

Figura 1. Distribuição dos casos notificados e confirmados de SCZ por mês de ocorrência, Ceará, 2015-2018*



Fonte: RESP – Ceará, 2015 – 2018. * Atualizado em 24/05/2018 (dados sujeitos à revisão).

O vírus é transmitido pelo mosquito *Aedes aegypti*, o mesmo vetor da dengue. Em 2015, o Brasil enfrentou uma das piores epidemias de dengue da história e, com a chegada do verão e das chuvas, a preocupação era de que o Zika vírus espalhasse ainda mais rápido. Em

estados do Nordeste do Brasil (Ceará, Piauí, Pernambuco). No período citado, o Ministério da Saúde chegou a aconselhar que as mulheres que pretendiam engravidar adiassem os planos enquanto não houvesse mais informações sobre a epidemia. A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou situação de emergência internacional para o atual surto de Zika vírus³.

A microcefalia pode ser definida como uma malformação congênita, na qual o cérebro se desenvolve de maneira inadequada. Esta malformação pode estar relacionada a uma série de fatores de diferentes origens, como substâncias químicas, radiológicas e agentes biológicos (infecciosos), como bactérias e vírus. Entre os diversos agentes infecciosos, além da suspeita através da infecção pelo Zika vírus, pode ser ocasionada também, por infecção como sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e herpes viral.

Figura 2 – Comparações de Perímetros cefálicos



Fonte: Filho *et al* (2018)

Em exames de imagem por ressonâncias magnéticas e tomografias cerebrais, as principais distorções anatômicas provocadas pela microcefalia, se consistem em calcificações das mais diversas. Filho *et al* (2018), em ensaio iconográfico, compartilha parte das imagens utilizadas em sua pesquisa, descrevendo as deformidades encontradas

Microcefalia e graves problemas oculares podem não ser as únicas consequências do Zika vírus em crianças infectadas na barriga da mãe. Alguns prejuízos neurológicos, como atraso intelectual e cognição, problemas na deglutição e perda auditiva, poderão estar associados a infecção. Com isto, buscamos identificar possivelmente uma das sequelas deixadas pelo Zika vírus, uma vez que não existem evidências robustas que sustentem a possível correlação entre infecção gestacional do Zika vírus e perda auditiva em bebês, tornando-se necessário a realização de estudos mais aprofundados.

O Zika vírus possui predileção por células jovens do sistema nervoso central, levando a perda auditiva aos bebês. Lopes⁷ falam que a palavra surdez tem sido empregada para designar qualquer tipo de perda de audição, parcial ou total, audição socialmente prejudicada ou incapacitante. Este cita Davis, que se refere a surdez como a diminuição da sensibilidade auditiva, havendo uma queda dos limiares auditivos, expressos em decibéis no audiograma.

O gerenciamento das causas da perda auditiva é um aspecto singular para a reabilitação do bebê, já que o diagnóstico tardio da perda auditiva, ocasiona todo um atraso intelectual, que muitas vezes só é detectado no início da vida escolar. Fator este relevante em relação a essas crianças, já que muitas mães que os bebês nasceram sem microcefalia, tem uma falsa ideia que o filho não tem nenhum outro comprometimento.

A identificação precoce da deficiência auditiva possibilita intervenção imediata, oferecendo condições para o desenvolvimento da fala, linguagem, do social, psíquico e educacional da criança, permitindo um prognóstico mais favorável⁹.

Desta forma, o objetivo geral do estudo é identificar na literatura disponível estudos que apontem a influência do Zika vírus como causa de perda auditiva em bebês de mães contaminadas pelo vírus, tendo como norte a pergunta: *Há alguma correlação entre infecção gestacional pelo Zika vírus e deficiência auditiva?*

METODOLOGIA

Trata-se de revisão integrativa, realizada a partir de Pesquisa Bibliográfica junto aos bancos de dados: BVS, CAPES e Pubmed. Utilizamos como descritores: descritores em Ciências da Saúde – DeCS, sendo eles: Zika, Perda auditiva e microcefalia e Perímetro Cefálico. Por questões de relevância, optamos por utilizar apenas artigos de pesquisa e/ou estudos de caso. Primeiro, selecionamos os títulos, depois fizemos uma leitura dos resumos e em seguida, frisamos os aspectos considerados relevantes para esta pesquisa.

A estratégia de busca foi relacionada a partir das categorias consideradas centrais para a discussão ora mencionada, tendo como prerrogativa a pergunta norteadora: *Há alguma correlação entre infecção gestacional pelo Zika vírus e deficiência auditiva?* Desta forma, as categorias centrais: Zika vírus - ZIKV, Perímetro Cefálico – PC e Perda Auditiva, incluindo nesta última as questões relacionadas ao diagnóstico precoce.

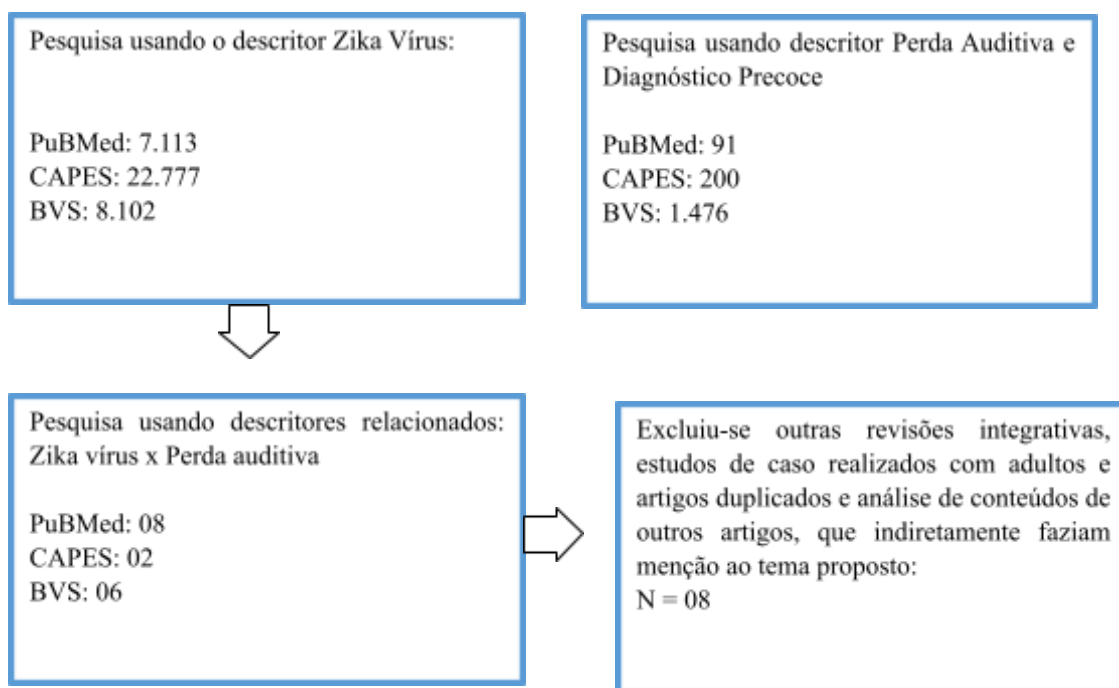
A inter-relação Zika vírus e PC; Zika vírus e Perda Auditiva; PC e Perda Auditiva; foram os critérios utilizados para seleção ou descarte dos artigos elencados.

Embora exista uma significativa gama de artigos e pesquisas que tratam das temáticas, a inter-relação entre elas constitui-se bastante limitada. Desta forma, atendendo aos critérios elencados e ainda considerando aspectos éticos e metodológicos exigidos para pesquisas em saúde envolvendo seres humanos, apenas oito artigos os satisfizeram.

O período considerado foi de 2015 à 2019, sendo que em 2015 corresponde ao surto de Zika que se alastrou no Brasil e em outros países latino-americanos. Os artigos se constituíram em estudos de caso e uma pesquisa de ordem longitudinal.

RESULTADOS

Figura 1 – Fluxograma da Pesquisa



Quadro 1 – Artigos Utilizados na Revisão (continua)

TÍTULO DO ARTIGO	MEIOS DE COMUNICAÇÃO	AUTOR/ ANO	PAÍS	MÉTODO	AMOSTRA	PERÍODO EM QUE AS GESTANTES RELATARAM SINTOMAS DE ZIKA	RESUMO
Triagem auditiva de crianças com síndrome congênita pelo vírus Zika atendidas em Fortaleza, Ceará, 2016	Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde	Leite RFP, Santos MAS, Ribeiro EM, et al.; (2016)	Brasil	Estudo transversal descritivo envolvendo crianças com SCZ atendidas pelo multirão de Zika	45 crianças	Primeiro: 21 Outros: 11	A triagem auditiva foi realizada utilizando os exames de imitanciometria, emissões otoacústicas, transientes (EOAT), reflexos acústicos, e reflexo cócleo-palpebral. O perímetro cefálico médio da amostragem foi de 29,4 cm e a idade média de 10 meses. A maioria das crianças com SCZ avaliadas apresentaram função coclear íntegra, no nível das células ciliadas externas, e alterações de orelha média compatíveis com crianças de desenvolvimento normal para a idade e sem SCZ. Desta forma, sugere-se a realização da triagem auditiva em todas as crianças com a SCZ e o encaminhamento para diagnóstico médico e audiológico apenas das crianças com falhas. Sugere-se ainda a inclusão da timpanometria a triagem auditiva, antes do encaminhamento ao PEATE
Sensorineural hearing loss in a case of congenital Zika virus.	Revista Brasileira de Otorrinolaringologia	Leal MC, et al.; (2016)	Brasil	Estudo de Caso	01 criança	Primeiro: 01	Se trata de um recém-nascido de gravidez gemelar que apresentou microencefalia (perímetro cefálico ao nascimento de 28 cm). Não apresentou emissões otoacústicas transitórias e a resposta auditiva ao tronco cerebral foi medida e repetida no intervalo de 01 mês e nenhuma resposta foi obtida na orelha esquerda. Foi realizada ainda tomografia computadorizada, avaliação oftalmológica, eletroencefalograma. Possivelmente trata-se do primeiro caso de

							perda auditiva associada à infecção gestacional do Zika vírus.
--	--	--	--	--	--	--	--

(continuação)

Avaliação audiológica em criança com microcefalia pelo zika vírus: estudo de caso	Revista Distúrbios de Comunicação	Rosa BCS, et al. (2018)	Brasil	Estudo de Caso	01 criança	Não apresentou intercorrência durante a gestação	Se trata de um estudo de caso de bebê de seis meses de idade cuja mãe não relatou qualquer intercorrência durante a gestação, no entanto, apresentou sorologia com diagnóstico positivo para Zika vírus. Apresentou perímetro cefálico de 29,5 cm. Foram realizados meatoscopia, avaliação instrumental, audiometria com reforço visual, emissões otoacústicas transientes, imitânciometria e o PAETE com estímulos clique e Ichirp. A criança apresentou avaliação audiológica dentro dos padrões da normalidade. A mesma precisa ser monitorada até ao terceiro ano de vida, devido ao risco de perda progressiva.
Hearing Loss in Infants with Microcephaly and Evidence of Congenital Zika Virus Infection – Brazil, November 2015 – May 2016	Morbidity and Mortality Weekly Report	Leal et al. (2016)	Brasil	Avaliação retrospectiva – Série de Casos	70	Primeiro trimestre: 37 Segundo trimestre: 10 Terceiro trimestre: 2	Consiste de uma avaliação retrospectiva de 70 bebês entre as idades de 0 à 10 meses que nasceram com microcefalia e após realização de exames clínicos e laborais, foram atestados infecção pelo vírus Zika. Da amostragem realizada, 05 bebês apresentaram diagnóstico conjunto de microcefalia grave e perda auditiva neurossensorial. Os bebês em questão apresentaram perímetro cefálico <32 cm. Destes, 04 mães apresentaram quadro de Zika durante o primeiro trimestre da gravidez. O quadro de perda auditiva neurossensorial entre os bebês citados, contudo, também é quadro compatível com comprometimento auditivo advindo de outros quadros de infecção virais congênicas. Concluiu-se que estatisticamente não houveram associações significativas entre erupção cutânea durante

							a gravidez e perda auditiva, no entanto, percebeu-se que o comprometimento auditivo se deu de forma predominante nos bebês em que as mães apresentaram sintomas no primeiro trimestre da gravidez.
International prospective observational cohort study of Zika in infants and pregnancy (ZIP study): study protocol	BMC Pregnancy and Childbirth	Lebov JF, et al. (2019)	Brasil	Série de casos	10000	-	Estudo que busca apresentar resultados maternos, infantis, fetais e infantis relacionados a infecção pelo Zika vírus, inclusive, sua síndrome congênita. Para fundamentar a pesquisa, o artigo traz uma série de dados referentes aos surtos de infecção por Zka vírus em vários países e estados do Brasil, tomando como objeto de pesquisa, mulheres grávidas que adquiriram a infecção nos primeiros e segundos trimestres de gestação e a correlação da síndrome congênita do Zika. Nos estudos relatados, embora não conclusivos, há um padrão de resultados que incluem defeitos do tubo neural, anormalidades cerebrais, surdez, problemas oculares, microcefalia, disfunções no sistema nervoso central.
Análise do desempenho funcional de lactentes com síndrome congênita do zika: estudo longitudinal	Fisioter. Pesqui.	Lima DLP, et al. (2019)	Brasil	Estudo longitudinal	16	Primeiro trimestre: 10 Segundo trimestre: 6	Estudo longitudinal com 16 mães e seus respectivos lactentes que apresentaram síndrome congênita. Entre os resultados 03, apresentaram alterações auditivas.
Síndrome congênito associado a vírus Zika	Bol. Venez. Infectol	Marín RIC, et al.	Venezuela	Estudo Propesctivo	28	Média: 16,75 semanas (entre o 3º e 4º mês de gestação)	Estudo prospectivo realizado na Venezuela junto à 28 bebês que apresentaram diagnóstico de SCZ. Destes, 20 as gestantes relataram sintomatologia do Zika Vírus durante a gestação. Entre as anomalias identificadas, foram encontradas: microcefalia, microftalmia, endotropia, atrofia cerebral, dilatação ventricular entre outros. Destes, houve relato de 01 caso em que houve perda auditiva neurossensorial bilateral.

Viral Hijacking of Formins in Neurodevelopmental Pathologies	Trends in Molecular Medicine	Racicot, K., VanOeveren, S., & Alberts, A. (2017)	Estados Unidos	Pesquisa biomolecular	-	-	Se trata de um artigo científico que relata experiências realizadas junto a camundongos e a relação de determinadas proteínas em interação com o vírus Zika, ocasionando mutações nos camundongos, como microcefalia e perda auditiva.
--	------------------------------	---	----------------	-----------------------	---	---	--

(conclusão)

TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Por se tratar de uma Revisão Integrativa, não foi realizado a análise de dados estatísticos.

DISCUSSÃO

Perímetro Cefálico X Perda de Audição

Os aspectos relacionados às consequências do Zika Vírus junto aos lactantes estão ainda sob análise. Há uma série de estudos que com recorrência já apontam para o fato de que a infecção da gestante pelo vírus Zika implica em neonatos com perímetro cefálico menor que 33 cm, configurando-se, portanto, em quadro clínico de microcefalia. Os neonatos que apresentam perímetro cefálico abaixo de 30 cm são considerados como microcefalia grave.

Lima et al.¹⁶ aponta que:

A microcefalia tem sido associada a uma variedade de sequelas, incluindo atraso no desenvolvimento e déficits intelectuais, prejuízos visuais, auditivos e crises epiléticas. O conjunto desses fatores constitui a síndrome congênita do zika (SCZ), na qual relatam-se, em adição à microcefalia: desproporção craniofacial, espasticidade, convulsões e irritabilidade. Também foram descritas anormalidades cerebrais em exames de neuroimagem, como calcificações corticais e subcorticais, malformações corticais, lisencefalia e ventriculomegalia.

Importante salientar que o comprometimento auditivo se constitui em uma sequela muito característica de outras infecções tidas como congênicas como é o caso do citomegalovírus, herpes simples, toxoplasmose, rubéola. Todas, com sequelas de perda de audição neurosensorial.

As pesquisas e estudos de caso até então desenvolvidos ainda são inconclusivos quanto à relação direta entre o perímetro cefálico e a perda auditiva. Leite et al.¹⁷ em sua pesquisa realizando triagem auditiva de crianças que apresentavam perda de audição, constatou que das que possuíam Síndrome Congênita do Zika – SCZ, boa parte delas mantiveram a função coclear íntegra, no nível de células ciliadas, além de alterações na chamada orelha média, semelhante com crianças de desenvolvimento normal para idade. Para tal pesquisa, o perímetro cefálico das crianças tinha em média 29,4 cm.

Na pesquisa realizada por Lima et al.¹⁶, o perímetro cefálico médio foi de 28,4 cm, bem abaixo dos 33 cm considerado como mínimo. Neste estudo específico, foram consideradas para análise 16 lactantes, todos com quadro clínico de microcefalia. Dos dados apresentados, 3 bebês apresentaram alterações auditivas. No entanto, dada a natureza do

artigo em questão, não houve uma descrição exata do perímetro cefálico das crianças que apresentaram tal comprometimento.

A avaliação audiológica das crianças em condições de microcefalia envolve a análise de diversos aspectos como comportamento, eletroacústicos, eletrofisiológicos, procedendo assim à avaliação da função auditiva e a integralidade neurológica da criança. As pesquisas realizadas no sentido de associar perímetro cefálico e função auditiva são fundamentadas a partir dos exames de PEATE (utilizado para avaliar integridade da cóclea) e *Ichirp* (exames eletrofisiológicos). Tais exames são importantes ainda para análise comportamental com o exame *Behavioral Observation Audiometry* - BOA, audiometria e imitânciometria e ainda exame de emissões otoacústicas.

Importante relatar que não há nada conclusivo nesta relação estabelecida entre tamanho do perímetro cefálico e perda auditiva. No entanto, isso se deve muito mais às limitações das amostras do que a incidência de ocorrências. Entre os artigos elencados, apenas um não apresentou efetivamente caso de perda auditiva, tratando-se de um estudo de caso realizado junto a um bebê de 06 meses. Este possuía 29,5 cm de PC ao nascer, contudo, a mãe não relatou intercorrência relacionada à sintomatologia do Zika Vírus, embora sua sorologia tenha sido positiva para a infecção. A criança apresentou audição dentro dos padrões considerados normais, no entanto, carece de acompanhamento pelo menos até ao 3º ano de vida, já que esta apresenta potencial risco para desenvolvimento de perda de audição progressiva.

A literatura apresenta ainda casos em que há uma relação direta entre a infecção por Zika vírus e perda de audição em adultos, corroborando a teoria de que a infecção pode ocasionar disfunções junto ao Sistema Nervoso Central, o que implica ainda em mais cuidados quando este é desenvolvido em gestantes.

Conforme dito, embora haja relatos de perda auditiva em várias amostras de pesquisas que buscam estudar a relação entre Zika vírus e microcefalia, há apenas um caso de perda auditiva em decorrência da infecção por Zika vírus. Este caso foi apresentado junto à pesquisa em método de estudo de caso de Leal et al.¹⁸.

Alguns aspectos considerados importantes no caso citado, dizem respeito ao PC do neonato, 28 cm. A perda auditiva foi confirmada pelo resultado dos exames de emissões otoacústicas (ausência), PEATE (nenhuma resposta obtida na orelha esquerda), avaliação auditiva comportamental (sem resposta mesmo para estímulo de alta intensidade). Na realização da Tomografia Computadorizada – TC, identificou-se redução bilateral do parênquima cerebral, ventriculomegalia, malformação do desenvolvimento cortical,

calcificações cerebrais nas regiões cortiço-subcorticais e nos gânglios da base. Segundo a pesquisa, é possível que as lesões centrais apresentadas nos exames de tomografia sejam a principal causa do comprometimento auditivo da criança em questão, além de ser causador do dano periférico (coclear).

Como já mencionado, embora seja consenso entre os pesquisadores apontar a infecção por Zika vírus em gestantes como fator de risco para comprometimento auditivo de neonatos e crianças de até três anos; os dados, devido ao tamanho das amostras, ainda se constituem inconclusivos.

Diante disso, e dada a carência de literatura e de estudos específicos a respeito, torna-se fundamental este estudo. Convém mencionar, o início do estudo envolvendo aproximadamente 10000 mulheres nos países da América Latina, que se propõe a acompanhar a partir do primeiro e segundo trimestre de gravidez até pelo menos a idade de 1 ano, as gestantes que apresentaram sintomatologia de Zika como erupção cutânea e febre. Tal pesquisa busca explorar de forma mais profunda a correlação estabelecida entre microcefalia e Zika vírus e suas implicações neurológicas junto às crianças. A partir disso, observa-se que haverá maiores subsídios para assim estabelecer e fundamentar de forma consistente a presente pesquisa.

Trimestralidade da Gestação X Perda de Audição

O período de gestação possui especificidades marcantes que tornam a mulher gestante, passível dos mais diferentes cuidados. A sociedade reconhece tal condição e busca cercar a gestante com os mais variados cuidados em todos os âmbitos, inclusive, junto às Políticas Públicas. Desta forma, a condição de gestante possui proteção e atenção específica do Estado seja por meio da legislação, elencando e reconhecido legalmente a condição específica da gestante e ainda promovendo ações específicas para as mesmas.

Condição específica também é do lactante, entendendo que o neonato se constitui ser ainda em pleno processo de desenvolvimento, tornando-o frágil e passível dos mais diversos cuidados no âmbito da família e no âmbito da sociedade e do Estado.

Desta forma, o desenvolvimento de pesquisas juntos às áreas citadas e suas especificidades sejam elas de ordem clínica, psicossocial, sociológicas; se configuram também como instrumentos de prevenção aos riscos associados a estes, dada a fragilidade de ambos.

O surto de Zika vírus vivenciado no ano de 2015 trouxe repercussões significativas para estes públicos em específico, uma vez que logo após, foram registradas ocorrências de microcefalia em bebês cujo as mães haviam adquirido, durante a gestação, sintomas compatíveis com a infecção por Zika vírus.

A partir disso, se intensificou a produção de estudos e pesquisas buscando aprofundar e entender esta correlação, além de perceber que outras associações poderiam ser feitas.

Este objeto de estudo parte da busca em tentar aprofundar esta correlação e perceber que outros danos clínicos podem estar associados à microcefalia causada por Zika Vírus.

Notadamente o grau de microcefalia varia conforme o período em que a gestante adquire a infecção e conseqüentemente, a existência de danos associados também é mais significativa.

Naquele que é considerado na literatura, o primeiro caso de surdez congênita causada pelo Zika Vírus^{18,19}, os sintomas da infecção se manifestaram na gestante durante o primeiro trimestre, aproximadamente aos 28º dias de gravidez.

Nos estudos realizados por Leite et al.¹⁷, 28 crianças apresentaram comprometimento auditivo durante a triagem auditiva, e destas, 20 mães apresentaram sintomas da infecção durante o primeiro trimestre da gestação. Já nos testes realizados por Leal et al.¹⁸, da amostragem de 70 crianças com microcefalia analisadas, 5 apresentaram perda auditiva e em todas, as mães relataram a infecção durante o primeiro trimestre da gravidez.

Pelo que se tem visto, no entanto, a relação é mais direta entre a trimestralidade e o grau de microcefalia apresentado pelos bebês e isto, pode representar potencial fator de risco para que existam comprometimentos auditivos.

Outro fator a ser considerado é ainda que a perda auditiva pode se manifestar de forma progressiva, portanto, mesmo que a perda ou comprometimento auditivo não se manifeste de imediato, as crianças que apresentam este potencial fator de risco, carecem de acompanhamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pensar a associação direta entre a Perda Auditiva e Síndrome Gestacional do Zika Vírus exige o desenvolvimento de mais pesquisas que possam sustentar resultados mais contundentes. A revisão integrativa realizada, demonstra que há pesquisas que apontam indícios para esta relação, no entanto, ainda muito incipientes.

Os resultados encontrados até então, não sustentam ou descrevem de forma clara, como o vírus interfere ao nível molecular no desenvolvimento da capacidade auditiva não apenas em neonatos, mas também em adultos, uma vez que há relatos também deste comprometimento em adultos.

Nesse sentido, a triagem, avaliação, o diagnóstico precoce e o acompanhamento de todos os bebês cujas mães apresentaram a infecção durante a gestação, constituem ações preventivas e oferecem amostragem para pesquisas, possibilitando a adoção de medidas necessárias no sentido de garantir integralidade da capacidade auditiva da criança e assim seu pleno desenvolvimento.

No entanto, algumas hipóteses quanto a esta relação já foram levantadas. Uma delas, a de Racicot, VanOeveren & Alberts²⁰, em experiências junto ao nível biomolecular, apresenta que o vírus do Zika retém e redireciona o conjunto de proteínas conhecida como DIAPHS nas células neurais progenitoras e assim, há o comprometimento do desenvolvimento do perímetro cefálico dos neonatos com interface direta com causa da perda de audição.

O presente trabalho é relevante porque apresenta de forma sucinta, pesquisas e artigos que sustentam o tema em estudo, mostrando inclusive as correlações estabelecidas quanto à trimestralidade gestacional e a ocorrência de complicações neurológicas que não exclusivamente a microcefalia. O estudo realiza ainda uma triagem inicial do que já tem sido estudado (até o ano de 2019), inclusive, com abordagens metodológicas diferentes, e com início dos estudos de forma delimitada – verifica-se nos estudos encontrados que os artigos referentes ao tema datam a partir de 2015.

ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa não envolve seres humanos por se tratar de um estudo de cunho bibliográfico. Contudo, os aspectos éticos foram considerados para se eleger os artigos consultados nesta pesquisa.

REFERÊNCIAS

1 Camargo KR. Zika, microcefalia, ciência e saúde coletiva. *Physis*. 2016; 26 (1): 9-10.

2 Salge AKM, Castral TC, Sousa MC, Souza RRG, Minamisava R, Souza SMB. Infecção pelo vírus zika na gestação e microcefalia em recém-nascidos: revisão integrativa de literatura. *Rev Eletr Enf*. 2016; 18: 1-15. Doi: 10.5216/ree.v18.39888

- 3 Brasil. Protocolo de atenção à saúde e resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus zika [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015 [citado em 2 jun. 2018]. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/src/uploads/2015/12/PROTOCOLO-SAS-MICROCEFALIA-ZIKA-dez-15.pdf>
- 4 Secretaria de Saúde do Ceará. Boletim epidemiológico da Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde [Internet]. Fortaleza: SESA/CE; 2016 [citado em 2 jun. 2018]. Disponível em: <http://www.saude.ce.gov.br>.
- 5 Peñas JG, Andújar FR. Alteraciones del perímetro craneal: microcefalia y macrocefalia. *Pediatr Integral*. 2007; 8 (4): 701-16.
- 6 Jacques PB. Saúde em retrospectiva e prospectivas. *Rev Bras Promoção Saúde*. 2017; 30 (4): 1-2.
- 7 Lopes OF. Emissões otoacústicas em recém nascidos de risco. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 1997; 3 (4): 367-74.
- 8 Northern JL, Downs MP. *Audição na infância*. 5 ed. Rio de Janeiro: Artmed; 2005.
- 9 Rabinovich K. Avaliação da audição na criança. In: Lopes Filho O, editor *Tratado de Fonoaudiologia*. São Paulo: Roca; 1997.
- 10 Oliveira TMF. Diagnóstico precoce da deficiência auditiva na criança. *Temas Pediatr Nestlé*. 1990; 46: 1-14.
- 11 Meyer EP. Triagem auditiva neonatal universal: considerações sobre um programa em uma maternidade paulista. *Anais do 14º Encontro Internacional de Audiologia*; 1999; Rio de Janeiro: EIA, 1999.
- 12 Brasil. Portaria GM/MS nº 2.776, de 18 de dezembro de 2014. Diretrizes Gerais para a Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014.
- 13 Suzumura EA, Oliveira JB, Buehler AM, Carballo M, Berwanger O. Como avaliar criticamente estudos de coorte em terapia intensiva? *Rev Bras Ter Intensiva*. 2008; 20 (1): 93-8. doi: 10.1590/S0103-507X2008000100015
- 14 Brasil. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Trata do respeito pela dignidade humana e pela especial proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.
- 15 Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão Integrativa: o que é e como fazer. *Eisntein*. 2010; 8 (1).
- 16 Lima DLP, Correia MLGCD, Monteiro MG, Ferraz KM, Wiesiolek CC. Análise do desempenho funcional de lactentes com síndrome congênita do zika: estudo longitudinal. *Fisioter. Pesqui*. 2019; 26 (2): 153-8. doi: 10.1590/1809-2950/18001626022019
- 17 Leite RF, Santos MAS, Ribeiro EM, Pessoa ALS, Lewis DR, Giacheti CM, et al. Triagem auditiva de crianças com síndrome congênita pelo vírus Zika atendidas em Fortaleza, Ceará, 2016. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2018; 24 (4): 1-10. doi: 10.5123/s1679-49742018000400002

18 Leal MC, Muniz LF, Caldas Neto SD, van der Linden V, Ramos RC. Sensorineural hearing loss in a case of congenital Zika vírus. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2016; (16): 30127-36. doi: 10.1016 / j.bjorl.2016.06.001

19-LOPES, Nayara; NOZAWA, Carlos; LINHARES, Rosa Elisa Carvalho. Características gerais e epidemiologia dos arbovírus emergentes no Brasil. **Rev Pan-Amaz Saude**, Ananindeua, v. 5, n. 3, p. 55-64, set. 2014.

20- Rosa BCS, Silva JF, Santos M, Lewis DR. Avaliação audiológica em crianças com microcefalia pelo zika vírus: estudo de caso. *Distúrb Comun.* 2018; 30 (2): 357-63. doi: 10.23925/2176-2724.2018v30i2p-357-363

21- Racicot K, Vanoveren S, Alberts A. Viral hijacking of formins in neurodevelopmental pathologies. *Trends Mol Med.* 2017; 23 (9): 778-85. doi: 10.1016 / j.molmed.2017.07.004

22- SECRETARIA DE SAÚDE DO CEARÁ. **Boletim epidemiológico da Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde**. Fortaleza: SESA/CE, 2016. Disponível em: <http://www.saude.ce.gov.br>. Acesso em: 2 jun. 2018.

**Vulnerabilidade de mulheres lésbicas às infecções
sexualmente transmissíveis**

Vulnerability of lesbian women to sexually transmitted infections

*Vulnerabilidad de las mujeres lesbianas a las infecciones
de transmisión sexual*

Vaneska Hellen Campos Araruna,
Gledson Micael Silva Leite,
Carla Andréa Silva Souza,
Maria Izadora Oliveira Batista,
Héryka Laura Calú Alves,
Grayce Alencar Albuquerque

RESUMO

A população lésbica está exposta as situações de vulnerabilidades nas dimensões individual, social e programática. Isso ocorre principalmente devido uma sociedade heteronormativa marcada pelo patriarcado, situação que contribui para a maior susceptibilidade dessa população para contrair infecções sexualmente transmissíveis. Objetivou-se refletir sobre os fatores que implicam na maior susceptibilidade das mulheres lésbica às infecções sexualmente transmissíveis e os fatores comportamentais associados à exposição destes agravos. Trata-se de uma revisão narrativa, descritiva, de abordagem qualitativa, sem recorte temporal, realizada na Literatura Americana do Caribe em Ciências da Saúde e na *Scientific Electronic Library Online*. Tem-se que as mulheres lésbicas são mais susceptíveis às infecções sexuais transmissíveis por viverem em sociedade que segue o padrão heterossexual, pela negligência dos profissionais e órgãos responsáveis e a invisibilização destas pelos mesmos, pela escassez de pesquisas na área, pelos comportamentos sexuais de risco, inclusive pelo errônea constatação de que as mulheres lésbicas são imunes as essas infecções pelas práticas sexuais diferentes das heterossexuais. É imprescindível que os órgãos responsáveis assim como a sociedade voltem sua atenção para essa população e passem a fomentar medidas que

promovam a inclusão dessa população em uma assistência livre de preconceitos, de qualidade e efetiva, que atuem na diminuição dessas vulnerabilidades.

Descritores: Minorias Sexuais e de Gênero, Vulnerabilidade em Saúde, Saúde Pública.

ABSTRACT

The lesbian population is exposed to situations of vulnerability in the individual, social and programmatic dimensions. This is mainly due to a heteronormative society marked by patriarchy, a situation that contributes to the greater susceptibility of this population to contract sexually transmitted infections. The objective was to reflect on the factors that imply the greater susceptibility of lesbian women to sexually transmitted infections and the behavioral factors associated with the exposure of these diseases. This is a narrative, descriptive review, with a qualitative approach, with no time frame, carried out in the American Caribbean Literature on Health Sciences and in the Scientific Electronic Library Online. Lesbian women are more susceptible to transmissible sexual infections because they live in a society that follows the heterosexual pattern, due to the negligence of the professionals and responsible bodies and their invisibility by them, due to the lack of research in the area, and risky sexual behaviors. , including the erroneous finding that lesbian women are immune to these infections by sexual practices different from heterosexuals. It is essential that the responsible bodies, as well as society, turn their attention to this population and start to promote measures that promote the inclusion of this population in assistance free from prejudice, of quality and effective, that act in the reduction of these vulnerabilities.

Descriptors: Sexual and Gender Minorities, Health Vulnerability, Public Health.

RESUMEN

La población lesbiana está expuesta a situaciones de vulnerabilidad en las dimensiones individual, social y programática. Esto se debe principalmente a una sociedad heteronormativa marcada por el patriarcado, una situación que contribuye a la mayor susceptibilidad de esta población a contraer infecciones de transmisión sexual. El objetivo fue reflexionar sobre los factores que implican la mayor susceptibilidad de las mujeres lesbianas a las infecciones de transmisión sexual y los factores de comportamiento asociados con la exposición de estas enfermedades. Esta es una revisión narrativa, descriptiva, con un enfoque cualitativo, sin marco de tiempo, llevada a cabo en la Literatura Caribeña Americana sobre Ciencias de la Salud y en la Biblioteca Electrónica Científica en línea. Las mujeres lesbianas

son más susceptibles a las infecciones sexuales transmisibles porque viven en una sociedad que sigue el patrón heterosexual, debido a la negligencia de los profesionales y los organismos responsables y su invisibilidad por parte de ellos, debido a la falta de investigación en el área y los comportamientos sexuales de riesgo. , incluido el hallazgo erróneo de que las mujeres lesbianas son inmunes a estas infecciones por prácticas sexuales diferentes a las heterosexuales. Es esencial que los organismos responsables, así como la sociedad, dirijan su atención a esta población y comiencen a promover medidas que promuevan la inclusión de esta población en asistencia sin prejuicios, de calidad y efectiva, que actúen en la reducción de estas vulnerabilidades.

Descriptor: Minorías Sexuales y de Género, Vulnerabilidad en Salud, Salud Pública.

INTRODUÇÃO

A abordagem do conceito de vulnerabilidade tem o intuito de contribuir para o entendimento sobre os processos individuais, sociais e culturais que identificam a susceptibilidade das pessoas a um determinado evento/agravo, relacionando-os com os processos saúde-doença. Isso permite o planejamento de ações direcionadas a prevenção de uma determinada realidade enfrentada por uma população, por meio da formação de programas que considere os fatores comportamentais, culturais, políticos e econômicos que caracterizam os diversos âmbitos das vulnerabilidades¹.

Desta forma, quando se somam ocorrências de vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas, determinados grupos sociais se destacam e se tornam susceptíveis ao adoecimento, tais como as mulheres lésbicas e bissexuais, historicamente expostas a essas situações, em decorrência da normatização da sexualidade, o que implica em vitimização por atos preconceituosos e discriminatórios. Embora importantes, as especificidades desse grupo e suas demandas não são trabalhadas, especialmente no setor saúde, o que o torna propenso a agravos, como as Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs)².

De fato, as evidências revelam que pessoas do sexo feminino, independente da orientação sexual, estão mais suscetíveis ao contágio de ISTs, pois a contaminação ocorre através dos fluidos trocados durante o ato sexual, uma vez que esses são liberados do interior do aparelho genital, inclusive durante o sexo lésbico³. Ainda, existe o mito de que um ato sexual somente é completo, com suas possibilidades de prazer pleno e também com possibilidades de transmissão de doenças, se o sexo for heteronormativo, o que invisibiliza os riscos das práticas sexuais entre mulheres lésbicas.

A prática sexual entre mulheres ainda é um assunto muito pouco conhecido, estudado e debatido por profissionais de saúde. De acordo o Dossiê Saúde das mulheres lésbicas, de 2006, a invisibilização do homoerotismo feminino, da sexualidade feminina e o preconceito com a homossexualidade tornam a saúde das mulheres lésbicas um mundo pouco visto⁴. Tais condições, aliadas à não visibilidade deste público nos serviços de saúde, medo de acesso aos serviços por receio de lesbofobia⁵, o não preparo dos profissionais de saúde para o atendimento a esta população, a carência de materiais de prevenção com foco nos relacionamentos de mulheres lésbicas e a ausência de informações sobre práticas sexuais seguras ou materiais informativos sobre ISTs direcionadas a esta clientela⁶ elevam as chances desse público para ISTs.

Em 2017, no Brasil, um estudo realizado em Botucatu com 150 mulheres que manifestaram relação sexual com outras mulheres, foi constatado o diagnóstico de alguma IST em 47,3% das participantes da pesquisa⁷. O mesmo estudo apontou como vulnerabilidades específica a idade inferior a 24 anos e a etnia não branca, onde o risco de se ter o diagnóstico de uma IST aumenta em mais que o dobro de vezes.

Desta forma, levando-se em consideração as chances elevadas deste público em adquirir uma IST, torna-se necessário discutir sobre os fatores que implicam nesta condição, principalmente quando se evidencia que a quantidades de pesquisas brasileiras que foque em mulheres lésbicas é pequeno. Posto isso, o objetivo desse estudo é refletir sobre os fatores que implicam na maior susceptibilidade das mulheres lésbicas às infecções sexualmente transmissíveis e os fatores comportamentais associados à exposição destes agravos.

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo, tipo revisão narrativa, com abordagem descritiva, a partir do levantamento e discussão de literaturas nacionais e internacionais. Cabe salientar que revisões narrativas são subjetivas, e costumam ser parciais, representando a visão dos autores sobre o assunto. Esse tipo de revisão não utiliza estratégias de busca sofisticadas e exaustivas, pois tem o intuito de identificar e selecionar os estudos, realizando sua análise e sua interpretação. Esse tipo de artigo é fundamental para uma educação continuada, uma vez que permite ao leitor adquirir e atualizar o conhecimento sobre uma temática específica⁸.

Para realizar esse estudo foram selecionados artigos, manuais e livros digitais, provenientes de plataformas digitais, em idioma português e inglês, que abordaram o assunto e demonstraram relevância frente a temática exposta. Foram excluídos aqueles que

abordavam a saúde da mulher em geral ou que não tratavam das Infecções Sexualmente Transmissíveis especificamente no grupo lésbico. Com o intuito de abranger uma diversidade de estudos e selecionar conforme a relevância, não houve um período de tempo estipulado. Foram encontrados 334 resultados de artigos na Literatura Americana do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e na *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), no entanto, apenas 16 demonstraram relevância para o tema e foram utilizados.

Após a análise da literatura, essa pesquisa teve seus resultados organizados em três categorias, relacionadas aos tipos de vulnerabilidades que implicam na maior susceptibilidade da população lésbica às ISTs: 1) Vulnerabilidade individual, 2) Vulnerabilidade social e 3) Vulnerabilidade programática.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Vulnerabilidade individual

A vulnerabilidade individual é definida como o estado em que um grupo de indivíduos se encontra incapaz de proteger seus próprios interesses, devido a déficits nos aspectos emocionais, cognitivos, bem como ao acesso a informações sobre o problema. Além disso, a dimensão individual está relacionada a capacidade que os indivíduos têm de incorporar determinada informação a seu repertório cotidiano e transformá-la em atitudes e ações protetoras⁷.

A concepção de vulnerabilidade individual das mulheres lésbicas está relacionada a percepção de que o "o corpo lésbico" é primeiramente um corpo feminino, e por isso está vulnerável à IST, devido suas especificidades biológicas, que a torna mais predisposta a essas infecções. Logo assim, como as mulheres heterossexuais, as mulheres lésbicas precisam adotar comportamentos preventivos, como a realização de exames citopatológico e de mamas, que se constituem protocolo de exames comum às mulheres⁹.

Nessa perspectiva, ressalta-se que o câncer de colo de útero é um problema de saúde pública no Brasil, e por isso, o exame preventivo é recomendado para todas as mulheres. No entanto, é constatado uma resistência da população feminina a realização desse exame ginecológico, e essa resistência é agravada no grupo lésbico, uma vez que algumas rejeitam o sexo com penetração, associando o exame preventivo ao sexo heterossexual. Apesar de alguns profissionais compreenderem essa situação, nada está sendo feito para reverter esse quadro e proporcionar acolhimento e conforto para essas mulheres².

A vulnerabilidade individual das lésbicas também está relacionada às práticas sexuais de risco. Elas são susceptíveis a ISTs por entrarem em contato com fluidos cervicovaginal umas das outras durante a relação sexual. Além disso, lesões presentes na vagina possibilitam o transporte de agentes infecciosos de um corpo para outro⁹.

O contato digital-vaginal comumente realizado no sexo lésbico, bem como o compartilhamento de objetos para penetração e a falta de higienização das mãos e dos objetos durante o ato, constituem um risco potencial de contaminação por meio da secreção cervicovaginal infectada¹.

A maioria das mulheres mencionam que não se previnem nas relações sexuais homoafetivas por confiarem em sua parceira, não vendo motivos para usar os meios preventivos⁷. Além disso, a maioria das lésbicas acreditam estar imunes às infecções sexualmente transmissíveis, pois julgam que essas infecções ocorrem apenas durante a penetração vaginal, sendo exclusivas de relações heterossexuais, e por esse motivo elas não adotam as medidas de prevenção recomendadas.

Com o intuito de fornecer proteção contra ISTs às mulheres lésbicas, foram desenvolvidos alguns meios tecnológicos como o *cling film* e películas de látex, os quais devem ser colocados nos brinquedos sexuais e na prática do sexo oral⁶. Além disso, é essencial a higienização com álcool a 70% das mãos e dos brinquedos sexuais, os quais não podem ser compartilhados, com o intuito de reduzir o risco do contágio às IST¹.

Entretanto, não há tecnologias desenvolvidas para uso em algumas práticas do sexo lésbico, como é o caso do tribadismo, que consiste em prática sexual na qual as parceiras atritam um órgão sexual contra o outro, na busca do prazer. Isso está relacionado a uma falta de estudos e de interesse sobre essas questões, o que implica em maior vulnerabilidade às IST para esse grupo, que está vivendo uma situação de exclusão pelo setor da saúde².

Desse modo, pode-se afirmar que a falta de conhecimento é o maior risco para a vulnerabilidade individual das mulheres lésbicas.

Vulnerabilidade Social

A dimensão social frente à vulnerabilidade está relacionada com os aspectos culturais, sociais, familiares e econômicos que podem interferir na qualidade de vida dos indivíduos. Dentre as instituições sociais que determinam esse tipo de vulnerabilidade, enquadram-se escolas e serviços de saúde, os quais devem possibilitar o enfrentamento de barreiras culturais e de coerções violentas⁷.

Assim, a susceptibilidade do grupo lésbico às infecções sexualmente transmissíveis está relacionada também com sua vulnerabilidade social, especialmente com sua invisibilidade cultural⁷. Nessa perspectiva, essa parcela da população se encontra em uma situação desfavorável em relação as mulheres heterossexuais, pois a sociedade exclui os indivíduos que não se adequam ao padrão heteronormativo. Isso faz com que as lésbicas se sintam cada vez mais excluídas nos ambientes de trabalho, familiares e no setor da saúde.

A orientação sexual em consonância com a vivência homoerótica da população lésbica, constituem um aspecto central que determina suas vidas sociais e afetivas, bem como, às expõe a situações de vulnerabilidade. Assim, este grupo apresenta susceptibilidades aos adoecimentos pelo motivo de não se enquadrarem ao heteronormativismo imposto/vigente na sociedade, em que se predomina o machismo e o patriarcado¹⁰.

O desvio do padrão compulsório da heterossexualidade faz com que as mulheres lésbicas sejam alvo de uma variedade de violências. Estas são constituídas desde o preconceito, o assédio, a negação e/ou omissão da sexualidade das mulheres lésbicas no setor da saúde até os estupros corretivos. Historicamente, ocupar lugares de visibilidade tem motivado mais violências contra essas mulheres^{11,12}.

Relatório sobre violência homofóbica no Brasil¹³, de 2013, apresenta as principais violências contra pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais/Travestis (LGBT) com maior incidência de denúncia. A violência psicológica aparece em primeiro lugar (40,1%), seguida por discriminação (36,4%), violência física (14,4%), negligência (3,6%) e outras violências (5,5%).

As situações de discriminação social ocorrem desde muito precoce e o *bullying*, uma prática capaz de gerar inúmeros problemas psicológicos e de convívio social, tem repercussões na vida dessas mulheres, a exemplo da evasão escolar/universitária em decorrência dos preconceitos vividos cotidianamente, o que diminui o acesso desse grupo a educação em saúde¹⁴, aumentando suas chances de obtenção de informações sobre cuidados em saúde em fontes não confiáveis e/ou reproduzindo mitos e tabus.

Estudos sobre homofobia no ensino superior, por exemplo, sugerem que essas violências permanecem ocorrendo de forma explícita e, também implícita, por meio de uma suposta neutralidade ou piedade em relação às pessoas não heterossexuais¹⁵. Ainda segundo os autores, o ensino superior enquanto instituição estruturante da sociedade perpetra violência institucional ao reproduzir os constructos de gênero e reforçá-los. Estudo¹⁶ demonstra que em universitários, a homofobia é perpetrada, principalmente, por homens solteiros,

heterossexuais, de religião cristã e que não possuem amigos homossexuais. Nesse sentido, as escolas/universidades com sua educação machista e lesbofóbica, fazem com que as lésbicas se sintam cada vez mais excluídas¹⁷.

Assim, a invisibilidade/culpabilidade da mulher lésbica está associada a um cenário em que ela é duplamente oprimida, uma vez que o gênero feminino tem seus direitos diariamente violados em consonância com a homossexualidade, fator que contribui para a inferiorização desse grupo pela sociedade¹⁷.

Essa dupla opressão também se reflete para além do acesso/permanência no ensino, nas questões relacionadas ao emprego e à renda, visto que o índice de mulheres fora do mercado de trabalho é alto e quando isso associa-se a orientação homossexual, o quadro se agrava. Um estudo que analisou a discriminação contra trabalhadores homossexuais assumidos ou percebidos pelos colegas, demonstrou que, nos Estados Unidos da América, 25% a 66% dos empregados homossexuais fizeram algum registro oficial nas empresas por terem sido discriminados no ambiente. Entretanto, a maioria das pessoas homossexuais não são assumidos no local de trabalho, situação que leva a crer que o potencial de discriminação seja bem mais alto que o registrado¹⁸.

Tem-se ainda, as situações de menosprezo social e familiar, que fazem com que as mulheres lésbicas desenvolvam sentimentos de desprezo por si mesmas, refletindo na ausência de práticas de autocuidado em saúde. A rejeição dos familiares é responsável pela baixa autoestima dessa população, o que reflete em dificuldades para manter um relacionamento duradouro, pois temem que ao se autodeclararem como homossexuais, possam passar por situações de maus-tratos⁹. A situação descrita faz com que essas mulheres tenham um grande número de parceiras sexuais, tornando-se assim, mais vulneráveis ao contágio de ISTs. Todos esses fatores inviabiliza o grupo descrito a conhecer a importância de uma prática sexual segura, bem como esclarecer os mitos e verdades sobre essa¹⁰.

De acordo com literaturas, o baixo conhecimento sobre os riscos a que estão inseridas também apresenta relação com a carência de produção acadêmica feminista e em movimentos de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transsexuais (LGBTs) sobre o referido grupo. As palestras que são realizadas nos espaços LGBTs geralmente falam sobre prevenção em homens gays e bissexuais, mas raramente ressaltam a importância da prevenção no sexo lésbico¹⁹. Essas situações fazem com que o grupo descrito acredite, erroneamente, que está imune às ISTs.

As questões sociais que geram preconceitos e desencadeiam vulnerabilidades, estão diretamente relacionadas com as demais vulnerabilidades, como as de saúde, as que estão

expostas. Por esse motivo as mulheres lésbicas são consideradas uma das populações mais expostas a enfermidades²⁰.

Vulnerabilidade programática

Essa terceira dimensão refere-se aos recursos sociais de proteção dos indivíduos, incluindo o bem-estar físico, psicológico e social. Desse modo, a vulnerabilidade programática frente às ISTs em mulheres lésbicas está relacionada as preocupações que os âmbitos da saúde, da educação e políticos devem ter para controlar o problema. Especificamente os serviços de saúde, devem ser organizados por meio de políticas e programas voltados para a prevenção, assistência e controle de doenças que possam atingir essa população⁷.

Durante as décadas de 30 a 70, a saúde da mulher no Brasil, bem como em diversos países, era voltada para o controle da natalidade, e elas eram vistas basicamente nas funções de mãe e dona do lar, e suas reais necessidades estavam ocultas. No entanto, movimentos feministas cresceram, pontuando a necessidade de se discutir sobre a saúde sexual das mesmas, ultrapassando o enfoque unicamente reprodutivo. Na atualidade, a discussão sobre a saúde da mulher é mais ampla, abordado questões de cidadania e necessidade de atenção do setor saúde. No entanto, no que se refere a saúde das mulheres lésbicas, nota-se ainda a invisibilidade²¹.

Vale pontuar que o cuidado que as mulheres lésbicas possuem com seu próprio corpo, bem como sua relação com os serviços de saúde, por meio da interação com os profissionais envolvidos nesse setor, determina sua susceptibilidade a contrair ISTs¹³.

Na tentativa de reduzir a transmissão nesse grupo, a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, considerada um marco para as políticas de saúde do Brasil e no reconhecimento das demandas dessa população já tão estigmatizada e vulnerável, é um documento norteador e legitimador das especificidades dessa população, em consonância com os postulados de equidade previstos na Constituição Federal e na Carta dos Usuários do Sistema Único de Saúde. Em seus objetivos, aponta a importância de prevenção e oferta de atenção integral na rede de serviços do SUS para a população LGBT frente às IST, especialmente com relação ao HIV, à AIDS e às hepatites virais¹², devendo os profissionais de saúde estarem sensibilizados e qualificados para essa assistência.

No entanto, observa-se o despreparo dos profissionais da área da saúde para lidar com as especificidades da população lésbica como um dos fatores que contribui para a maior

fragilidade desse grupo. Além disto, condutas inadequadas dos funcionários do setor de saúde geram situações de constrangimento em decorrência de suas conotações discriminativas e estigmatizantes, que reforçam a negligência de um atendimento humanizado e inviabiliza a população lésbica de buscar esse serviço e ter suas dúvidas esclarecidas²². Os profissionais da área de saúde, em sua maioria, não possuem qualificação para assistir essa população, muitas vezes por apresentarem um pensamento preconceituoso que legitima e privilegia relacionamentos heterossexuais como naturais e essenciais, excluindo e menosprezando as relações homoafetivas. Isso faz com que as mulheres lésbicas procurem os serviços de saúde apenas quando adoecem, e quase nunca com intuito preventivo⁷.

Assim, é de suma importância o diálogo aberto e livre de preconceitos entre os profissionais e essas mulheres, pois isso proporciona uma melhor comunicação sobre suas práticas sexuais, evidenciando suas vulnerabilidades. Este conhecimento é essencial para que o especialista compreenda o impacto da vivência homossexual na qualidade da vida e saúde do grupo lésbico, bem como, o impacto dos determinantes sociais em seu bem-estar².

Nessa perspectiva, estudos demonstram que tanto no Brasil como em países latino americanos, os profissionais que trabalham com questões relacionadas à sexualidade atuam de acordo com suas crenças e valores pessoais, o que contribui para situações de preconceito¹⁸. O desconhecimento profissional sobre as medidas de prevenção em saúde adequadas às lésbicas, também está relacionado com a ausência da discussão dessa temática nos cursos de graduação na área da saúde².

No âmbito educacional, é essencial a discussão sobre a cidadania e o respeito aos direitos humanos, bem como, a inclusão de grupos minoritários, representados por feministas, gays e lésbicas. No entanto, é perceptível que no Brasil há poucos estudos sobre a diversidade sexual, o que demonstra uma educação precária que contribui para a exclusão de determinadas orientações sexuais²¹.

No meio acadêmico de países latino-americanos tem sido demonstrado a necessidade de se trabalhar, além dos conhecimentos científicos, as questões relacionadas a cidadania, direitos humanos e a inclusão das minorias na sociedade. A Declaração Mundial sobre a Educação no Ensino Superior no século XXI, é um documento que demonstra a responsabilidade e o compromisso que o Estado deve ter com as instituições de ensino superior para garantir a discussão sobre esses assuntos. Por meio desse documento e de outros pelos movimentos sociais de resistência, discussões sobre temas relacionados a inclusão de minorias étnicas, raciais, sexuais e de gênero então sendo cobradas das universidades, pois é

notório que a heterogeneidade e o multiculturalismo estão presentes nesse meio e necessitam ser debatidos²³. A saúde da mulher estudada e praticada no ambiente acadêmico em saúde deve extrapolar condutas biologicistas e medicalizantes da assistência, uma vez que determinantes sociais em saúde determinam vulnerabilidades ao adoecimento, e reconhecê-los é importante para a redução destes.

Um exemplo desse contexto, é quando se direcionam ações voltadas à saúde da mulher, a maioria das campanhas de prevenção relacionadas a saúde sexual estão direcionadas a prevenção de ISTs, principalmente a causada pelo vírus da imunodeficiência humana, e gravidez indesejadas, por meio da adoção de métodos preventivos como o preservativo masculina e a pílula anticoncepcional, ou seja, com foco apenas nas relações heterossexuais¹⁸, e desta forma, os movimentos lésbicos denunciam o serviço público de saúde, o apontado como incapaz de lidar com as questões relacionadas às suas práticas sexuais¹³.

Ainda, frente a esse contexto, em decorrência da violência institucional vivenciada e a negligência de cuidados, o risco de contágio a IST é aumentado quando as mulheres lésbicas demonstram interesse em engravidar, pois como muitas não possuem acesso aos serviços de saúde, nem às técnicas de reprodução assistida, buscam medidas extremamente perigosas para esse fim, como relações sexuais impessoais com homens e/ou uso de métodos caseiros como seringas para inseminação⁹.

Destarte, o cuidado humanizado realizado pelos profissionais pode contribuir para a aderência das mulheres ao planejamento de cuidados com sua saúde. Esse comportamento afetivo é embasado na construção de um vínculo entre o profissional e o paciente, de modo que eles tenham uma relação amigável e de confiança. Isso faz com que as mulheres sintam que suas necessidades, preocupações e inseguranças estão sendo².

CONCLUSÃO

Com base nas literaturas analisadas, percebe-se que as mulheres lésbicas vivem em um cenário de invisibilidade nos âmbitos social, cultural, político e da saúde. Existe no Brasil um despreparo para a qualificação de profissionais destinados aos cuidados desse grupo, os quais deveriam estar capacitados para fornecer apoio e segurança para essas mulheres. Mulheres lésbicas apresentam susceptibilidade acentuada a adquirir diversas enfermidades, inclusive infecções sexualmente transmissíveis, devido a ocorrência conjuntas das vulnerabilidades individual, social e programática.

Nota-se que os principais fatores associados a susceptibilidade da população lésbica às ISTs incluem a discriminação que elas sofrem em decorrência de uma sociedade heteronormativa, negligência dos profissionais de saúde em prestar atendimento eficiente e equânime, escassez de pesquisas e estudos relacionados a prática sexual lésbica e aos comportamentos sexuais que aumentam sua exposição aos agravos.

Foi possível constatar que o grupo lésbico é indicado, erroneamente, como imune a IST, devido à ausência de um pênis, que é presente no sexo hétero. No entanto, é indispensável salientar que os fluidos cervicovaginais são compartilhados entre essas mulheres e durante o uso de brinquedos sexuais, bem como no contato digital vaginal, o que proporciona a disseminação de infecções.

A ausência de tecnologias preventivas para o sexo lésbico é uma vertente que inviabiliza a proteção do grupo descrito às IST. Além disso, alguns comportamentos sexuais aumentam a exposição dessas mulheres às doenças e infecções ginecológicas, fazendo-se necessário um reforço nas atividades de educação em saúde. A ausência desse assunto nas matrizes curriculares dos profissionais da saúde é outro fator que aumenta a vulnerabilidade descrita, fazendo-se necessário uma melhor capacitação dos estudantes em seus processos formativos.

Por fim, é essencial uma qualificação dos profissionais, desde a formação até o campo de trabalho, sobre a saúde da mulher lésbica e as formas corretas de assistência a esse grupo, por meio de técnicas humanizadas que construam um diálogo saudável entre eles. O Ministério da Saúde, Brasil, por sua vez, deve investir em estudos relacionados ao tema com o intuito de disseminar informação entre as mulheres lésbicas sobre sua susceptibilidade às ISTs, bem como diminuir a discriminação da sociedade contra esse grupo.

REFERÊNCIAS

1. Lúcio FPS, Zerbinati JP, Bruns MAT, Souza-Leite RV. Saúde sexual da mulher lésbica e/ou bissexual: especificidades para o cuidado à saúde e educação sexual. *Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação*. 2019;14(2):1465-79.
2. Araujo LM, Penna LHG, Carinhanha JI, Costa CMA. O cuidado às mulheres lésbicas no campo da saúde sexual e reprodutiva. *Revista Enfermagem UERJ*. 2019;27:e34262.

3. Luppi CG, Oliveira RLS, Veras MA, Lippman AS, Jones H, Jesus CH, et al. Diagnóstico precoce e os fatores associados às infecções sexualmente transmissíveis em mulheres atendidas na atenção primária. *Rev. bras. epidemiol.* 2011;14(3):467-477.
4. Barbosa RM, Facchini R. Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2009;25(Suppl. 2):291-300.
5. Rufino, AC, Madeiro A, Trinidad AS, Santos RR, Freitas I. Disclosure of Sexual Orientation Among Women Who Have Sex With Women During Gynecological Care: A Qualitative Study In Brazil. *J Sex Med.* 2018;15(7):966-73.
6. Moraes L, Esteves, MC. Práticas sexuais de mulheres lésbicas e bissexuais e a relação com a prevenção das DST/HIV/AIDS. Seminário Internacional Enlaçando Sexualidades; 2011 Sep 4 - 6; Salvador, Bahia.
7. Andrade J, Ignácio MAO, Freitas APF, Parada CMGL, Duarte MTC. Vulnerabilidade de mulheres que fazem sexo com mulheres às infecções sexualmente transmissíveis. *Cien Saude Colet.* 2019.
8. Rother ET. Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta paul. enferm.* 2007;20(2): v-vi.
9. Almeida, G. Argumentos em torno da possibilidade de infecção por DST e Aids entre mulheres que se autodefinem como lésbicas. *Physis Revista de Saúde Coletiva.* 2009;19(2):301-311.
10. Souza JM. Acesso e qualidade da atenção à saúde de mulheres lésbicas e bissexuais: uma revisão sistemática integrativa [monografia]. [Uberlândia]: Universidade Federal de Uberlândia; 2019. 33 f.
11. Andreo C, Peres WS, Tokuda AMP, Souza LL. Homofobia na construção das masculinidades hegemônicas: queerizando as hierarquias entre gêneros. *Estud. pesqui. psicol.* 2016;16(1):46-67.
12. Gato J, Fontaine AM, Leme VBR, Leme AA. Homofobia transatlântica: preconceito contra lésbicas e gays em Portugal e no Brasil. *Temas psicol.* 2015;23(3):701-13.
13. Brasil. Secretaria Especial de Direitos Humanos. Relatório de violência homofóbica no Brasil: ano 2013. Brasília: Secretaria Especial de Direitos humanos; 2016.

14. Brasil. Secretaria de Políticas para Mulheres. Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais. Brasília: Secretaria de Políticas para Mulheres; 2014.
15. Osorio JMP, Rousell HBA. Homofobia en estudiantes universitarios de México. *Región y sociedad*, Hermosillo. 2015; 27(64):05-35.
16. Rull MAP, Leyva AH, Ortiz FM, Mendoza EP, Rodríguez PPP, Rosado SS. Homofobia em univseridades de la Ciudad de México. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*. 2013;15(2):93-144.
17. Ferreira GG, Gonçalves EFM. Implicações da invisibilidade lésbica para a garantia de direitos e acesso as políticas públicas: uma experiencia do município de São Gonçalo - Rio de Janeiro. VI Jornada Internacional de Políticas Públicas; 2013 Ago 20-23; São Luís, Maranhão.
18. Ragins BR, Cornwell JM. Pink triangles: antecedents and consequences of perceived workplace discrimination against gay and lesbian employees. *Journal of Applied Psychology*. 2001;86(6):1.244-1.261.
19. Batista MCH, Zambenedetti G. A research-intervention about the prevention of STI/HIV with lesbian and bisexual women. *Psicol. pesq.* 2017;11(2):42-50.
20. Cardoso MR, Ferro LF. Saúde e população LGBT: demandas e especificidades em questão. *Psicol. cienc. prof.* 2012;32(3), p. 552-563.
21. Teixeira EHM. Representações Sociais das Mulheres Homossexuais sobre DST: Implicações para às práticas preventivas [dissertação]. [Rio de Janeiro]: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014. 198 f.
22. Belém JM, Alves MJH, Pereira EV, Moreira FTLS, Quirino GS, Albuquerque GA. Atenção à saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais na Estratégia Saúde da Família. *Rev baiana enferm.* 2018;32e26475.
23. Dinis NF. Educação, relações de gênero e diversidade sexual. *Educ. Soc.* 2008;29(103):477-492.

Chikungunya: Estratégias de Combate nas Regiões Norte e Nordeste do Brasil

CHIKUNGUNYA: COMBAT STRATEGIES IN THE NORTH AND NORTHEAST REGIONS OF BRAZIL

CHIKUNGUNYA: ESTRATEGIAS DE COMBATE EN LAS REGIONES NORTE Y NORESTE DE BRASIL

Lisiane Tuon,

Gabriella Barbosa Nadas,

João Felipe Rocha Pinheiro,

Letícia Monteiro Bettiol,

Lucas de Carvalho Piva,

Rafael Zaneripe de Souza Nunes

RESUMO

O presente texto busca analisar, na literatura científica, quais as estratégias referentes à Educação em Saúde que estão sendo utilizadas no combate à chikungunya no território brasileiro. Trata-se de uma revisão integrativa que utilizou as bases de dados MEDLINE, LILACS, COCHRANE, SCIELO, BVS e PUBMED®, por meio do cruzamento dos descritores “Chikungunya” e “Educação em Saúde”; “Arbovirose” e “Educação em Ssaúde”; “*Aedes aegypti*” e “Educação em Saúde”. Encontraram-se 332 artigos, que através dos critérios de inclusão e exclusão, selecionou-se 10, nos quais emergiram duas categorias: Estratégias ao Norte e Nordeste do País e Educação em Saúde. Não foi possível encontrar diferenças significativas nas estratégias de combate à chikungunya no Brasil, sendo o direcionamento dos estudos de Educação em Saúde significativos na região Norte e Nordeste do país. Sendo a chikungunya não restrita às regiões supracitadas, o conhecimento acerca da doença deve ser expandido ao longo do país, onde as orientações muitas vezes se limitam à dengue.

Palavras-Chave: Vírus Chikungunya; Sistema Único de Saúde; Saúde Pública.

ABSTRACT

This study seeks to analyze in the scientific literature which strategies referring to health education are being used to combat chikungunya in the Brazilian territory. This is an integrative review that used the databases MEDLINE, LILACS, COCHRANE, SCIELO, BVS and PUBMED®, by crossing the descriptors “Chikungunya” and “Health education”; "Arbovirus" and "Health Education"; "*Aedes aegypti*" and "Health education". We found 332 articles, which, through the inclusion and exclusion criteria, we selected 10, in which two categories emerged: Strategies to the North and Northeast of the Country and Health Education. It was not possible to find significant differences in the strategies to combat chikungunya in Brazil, with the direction of health education studies being significant in the north and northeast of the country. Since chikungunya is not restricted to the above-mentioned regions, knowledge about the disease must be expanded throughout the country, where guidelines are often limited to dengue.

Keywords: Chikungunya virus; Unified Health System; Public Health.

RESUMEN

El presente estudio busca analizar en la literatura científica qué estrategias relacionadas con la educación para la salud se están utilizando para combatir la chikungunya en el territorio brasileño. Esta es una revisión integradora que utilizó las bases de datos MEDLINE, LILACS, COCHRANE, SCIELO, BVS y PUBMED®, cruzando los descriptores "Chikungunya" y "Educación para la salud"; "Arbovirus" y "Educación para la salud"; "*Aedes aegypti*" y "Educación para la salud". Encontramos 332 artículos que, mediante los criterios de inclusión y exclusión, seleccionaron 10, en los cuales surgieron dos categorías: Estrategias en el Norte y Nordeste del País y Educación en Salud. No fue posible encontrar diferencias significativas en las estrategias para combatir el chikungunya en Brasil, con la dirección de los estudios de educación para la salud significativa en el norte y noreste del país. Dado que el chikungunya no está restringido a las regiones mencionadas, el conocimiento sobre la enfermedad debe ampliarse en todo el país, donde las pautas a menudo se limitan al dengue.

Palabras Clave: Virus Chikungunya; Sistema Único de Salud; Salud Pública.

INTRODUÇÃO

A Chikungunya (CHIK) é uma doença viral, detectada primeiramente durante um surto no sul da Tanzânia em 1952¹. O nome vem do dialeto africano *makonde* e significa “inclinou-se ou contorceu-se de dor”, referindo-se à aparência dos pacientes¹. Mais tarde, desde a década de 1960, surtos ocorreram na Ásia e África. A febre chikungunya (CHIK-F) raramente foi relatada durante o século XX². No entanto, em 1999, houve um surto na República Democrática do Congo e, em 2005, surtos ocorreram nas ilhas do Oceano Índico, se espalhando posteriormente para alguns países asiáticos, Europa e Américas².

Os primeiros casos na América só foram identificados em 2013, já no Brasil, os primeiros casos de Chikungunya foram registrados em 2014, na região do Oiapoque, Amapá, e em Feira de Santana, no estado da Bahia³. O Chikungunya é um arbovírus, ou seja, um vírus transmitido por picadas de insetos, especialmente mosquitos⁴. O transmissor (vetor) do Chikungunya é o mosquito *Aedes aegypti*, que precisa de água parada para proliferar, portanto, o período do ano com maior transmissão são os meses mais chuvosos de cada região⁴.

A realidade brasileira favoreceu a introdução e a expansão do vírus, somado à alta dispersão vetorial, um amplo fluxo de pessoas e à suscetibilidade da população à infecção, o *Aedes aegypti* pode ser localizado em mais de 4.000 municípios, e o *Aedes Albopictus*, também vetor da CHIK, em 3.285⁵. A CHIK afeta todos os sexos e faixas etárias da mesma forma e os sintomas são observados após um período médio de incubação de 3-7 dias⁶. A maioria dos indivíduos infectados desenvolve sintomas clínicos, que podem ser observados em três fases da doença: aguda, pós-aguda e crônica⁶⁻⁷. A primeira caracteriza-se como a fase sintomática, apresentando artralgia e febre. Esses sintomas podem se estender até três meses, recebendo a definição de fase subaguda, ou pós-aguda e, em alguns casos, ocorre a cronicidade do quadro clínico, podendo incapacitar o indivíduo em virtude da piora dos sintomas⁵⁻⁷.

Considerando a importância da doença e suas consequências para a saúde da população, o governo tem investido em políticas públicas de combate à dengue, por exemplo, o Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD), implantado em 2002, o qual propõe mudanças na forma de controlar a doença, enfatizando a importância da adesão e mobilização social, bem como incentiva a atuação das pessoas como “sanitaristas” responsáveis pelo controle de potenciais criadouros⁸.

Com essa forma de enfrentamento, a Educação em Saúde ganha destaque, substituindo as práticas meramente campanhistas. Em contrapartida, para obtenção de êxito,

são necessárias mudanças nas práticas de Educação e Comunicação, pois tais práticas, realizadas para o controle da dengue, caracterizam-se pelo modelo hegemônico centralizado, vertical e unidirecional, orientadas através da difusão de conhecimentos, objetivando mudanças de hábitos e comportamentos da população⁸.

Visto a problemática apresentada e a extensão territorial do Brasil, o presente estudo busca investigar quais as estratégias de Educação em Saúde estão em uso para o controle e/ou combate à chikungunya no país. Entender a dinâmica das diversas regiões do país pode contribuir para o direcionamento de futuras ações e estudos da doença.

METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa, não sistemática, cuja construção metodológica se baseou em leitura exploratória e seleção de materiais de modo ordenado e sistemático⁹. A construção do estudo baseou-se nas seguintes etapas: identificação do questionamento; busca na literatura; categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos; interpretação dos resultados e apresentação da revisão⁸.

Durante os meses de maio a julho de 2020, o estudo buscou investigar se havia diferenças e/ou semelhanças na estruturação das ações no combate à chikungunya nas diversas regiões do Brasil. A pergunta norteadora foi: “Há diferenças no combate à chikungunya nas diferentes regiões do Brasil? Se há, qual o papel da gestão pública e do Sistema Único de Saúde em meio a essas ações?”. Dessa forma, foram selecionados artigos desde o período de 2014 (referente à primeira notificação do arbovírus no Brasil), através das plataformas de pesquisa *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca *Cochrane* (COCHRANE) e na Biblioteca Virtual *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e PUBMED® com os descritores: “Chikungunya” e “Educação em Saúde”; “Arbovirose” e “Educação em Saúde”; “*Aedes aegypti*” e “Educação em Saúde”. Para a busca, foi utilizado o booleano “and”.

Como critérios de inclusão, tiveram-se artigos científicos brasileiros, indexados a partir de 2014, sem restrição de idiomas, mas que sua origem deveria ser brasileira e que estivessem disponibilizados online. Além disso, foram excluídos, estudos duplicados, publicações no formato teses, dissertações, capítulos de livro, artigos que priorizasse outras arboviroses além da Chikungunya, bem como as que tratavam de estudos sobre a referida doença realizados fora do Brasil.

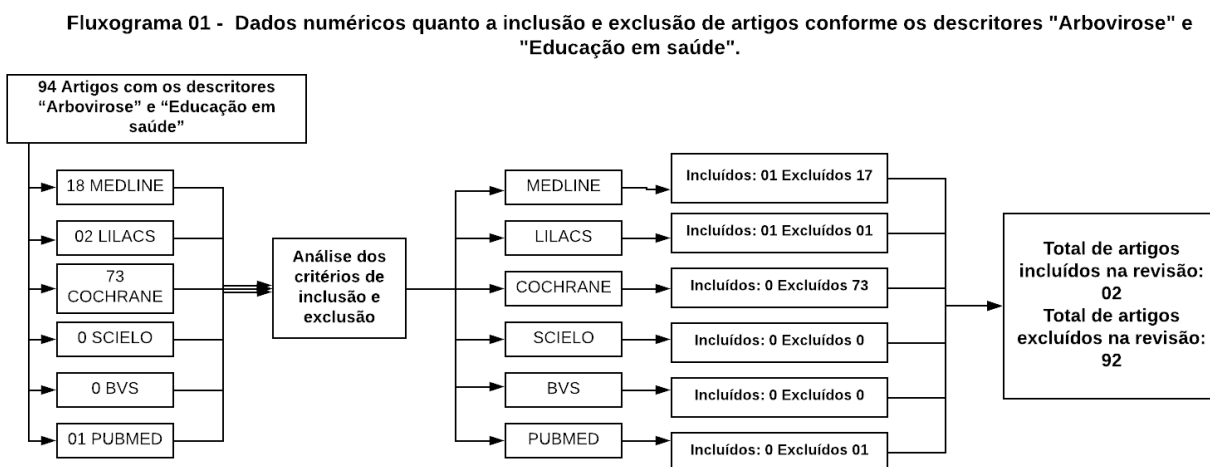
A análise dos artigos incluídos foi realizada com um instrumento adaptado pelos autores (SOUZA, 2009), que apresenta: amostra do estudo (sujeitos), objetivos, metodologia empregada, resultados e principais conclusões de cada estudo¹⁰. As leituras realizadas foram altamente críticas e visando responder à questão condutora. A partir das leituras, foi possível obter a categorização temática conforme o que foi encontrado nas publicações.

RESULTADOS

A partir da pergunta norteadora, a pesquisa nas bases de dados e o preenchimento dos formulários, foi possível realizar o presente estudo. No total, foram encontrados 332 artigos e, após realizada triagem, excluídos 322, totalizando o estudo com dez artigos. Destes dez artigos, dois são provenientes da pesquisa com descritores “Arbovirose e Educação em Saúde”, seis da pesquisa de “Chikungunya e Educação em Saúde” e dois da pesquisa de “*Aedes aegypti* e Educação em Saúde”.

Como pode ser observado no fluxograma 1, referente aos descritores “Arbovirose” e “Educação em Saúde”, obteve-se como resultado 94 artigos (assim sendo, dos 332 artigos totais, 94 corresponderam a estes descritores), sendo excluídos, conforme os critérios adotados, 92 artigos, totalizando com dois artigos analisados conforme os critérios de inclusão.

Fluxograma 1- Quantidade de artigos encontrados nas bases de dados conforme o descritor “Arbovirose” e “Educação em Saúde”, artigos incluídos e excluídos

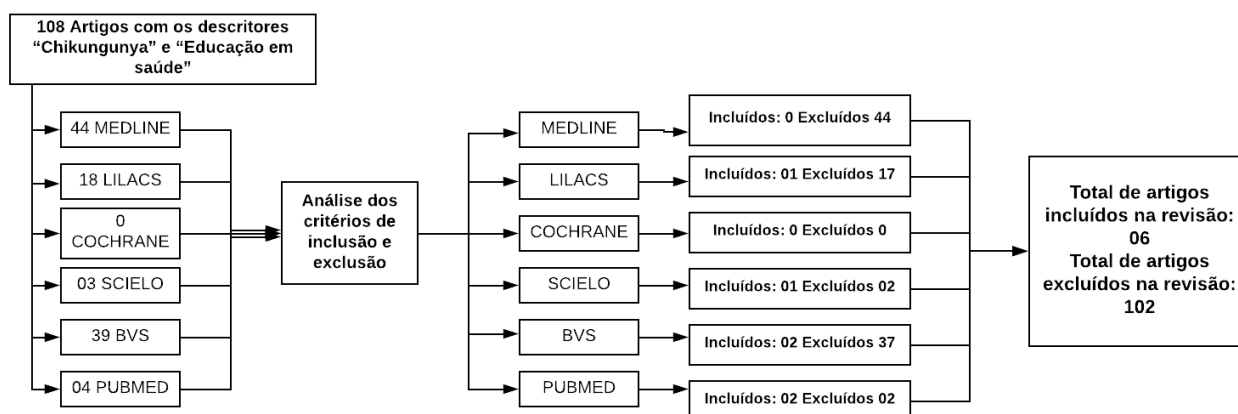


Fonte: produzido pelos autores (2020)

A partir do observado no fluxograma 2, referente aos descritores “Chikungunya” e “Educação em Saúde”, obteve-se como resultado 108 artigos no total, sendo excluídos conforme os critérios 102 artigos, totalizando com seis artigos analisados conforme os critérios de inclusão.

Fluxograma 2- Quantidade de artigos encontrados nas bases de dados conforme o descritor “Chikungunya” e “Educação em Saúde”, artigos incluídos e excluídos

Fluxograma 02 - Dados numéricos quanto a inclusão e exclusão de artigos conforme os descritores “Chikungunya” e “Educação em saúde”

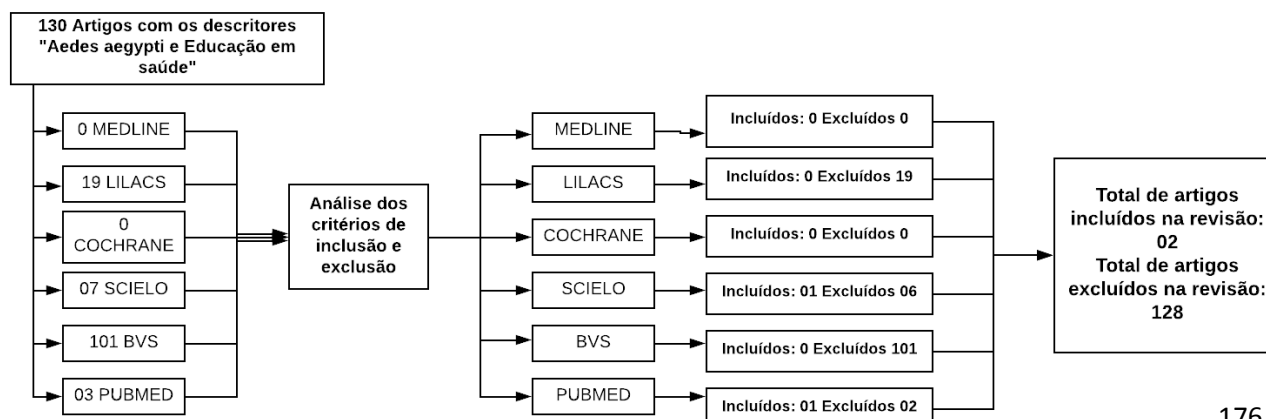


Fonte: produzido pelos autores (2020)

A partir do observado no fluxograma 3, referente aos descritores “Aedes aegypti” e “Educação em Saúde”, obteve-se como resultado 130 artigos no total, sendo excluídos conforme os critérios 128 artigos, totalizando com dois artigos analisados conforme os critérios de inclusão.

Fluxograma 3- Quantidade de artigos encontrados nas bases de dados conforme o descritor “Aedes aegypti” e “Educação em Saúde”, artigos incluídos e excluídos

Fluxograma 03 - Dados numéricos quanto a inclusão e exclusão de artigos conforme os descritores "Aedes aegypti e Educação em saúde"



Fonte: produzido pelos autores (2020)

O Quadro 1 é referente aos artigos incluídos no estudo, com seus autores, ano e objetivos do trabalho para os descritores “Arbovirose” e “Educação em saúde”, o Quadro 2 para os descritores “Chikungunya” e “Educação em saúde” e, por fim, o Quadro 3 para os descritores “*Aedes aegypti*” e “Educação em saúde”.

Quadro 1- Artigos incluídos no estudo, com seus autores, ano e objetivos do trabalho para os descritores “Arbovirose” e “Educação em Saúde”

Título (Base de dados, ano)	Autor(es)	Objetivos
Epidemic arboviral diseases: priorities for research and public health (MEDLINE, 2017)	Annelies Wilder-Smith, Duane J Gubler, Scott C Weaver, Thomas P Monath, David L Heymann, Thomas W Scott	Estimular temas de pesquisa semelhantes para diagnóstico, vacinas, alvos biológicos e respostas imunes, determinantes ambientais e medidas de controle de vetores. Combinar intervenções conhecidas por serem eficazes contra várias doenças arbovirais oferecerá a estratégia mais econômica e sustentável para a redução de doenças
A formação dos agentes de combate às endemias no contexto da dengue: análise documental das políticas de saúde (LILACS, 2017)	Janete Gonçalves Evangelista, Tácia Maria Pereira Flisch, Denise Nacif Pimenta	Objetiva analisar a temática da formação dos ACE nas políticas públicas com base em pesquisa qualitativa, documental e descritiva de fontes primárias dos acervos eletrônicos do Ministério da Saúde e Ministério da Educação, disponibilizados até fevereiro de 2016

Fonte: produzido pelos autores (2020)

Quadro 2- Artigos incluídos no estudo, com seus autores, ano e objetivos do trabalho para os descritores “Chikungunya” e “Educação em Saúde”.

Título (Base de dados, ano)	Autor(es)	Objetivos
Estudo comparativo da atuação do enfermeiro no controle de dengue e febre chikungunya (SCIELO, 2016)	Franklin Learcton Bezerra de Oliveira, Rejane Medeiros Millions, Marcelo Viana da Costa, José Jailson de Almeida Júnior, Dany Geraldo Kramer Cavalcanti e Silva	O desafio de realizar um estudo comparativo entre as duas cidades se apresenta através de perspectivas heterogêneas: fatores evolutivos e históricos, localização geográfica, condições climáticas, índices de desenvolvimento econômico, político, social e cultural.
Incapacidade de trabalhar devido à infecção pelo vírus Chikungunya: impacto no serviço público durante a primeira epidemia no estado do Ceará, nordeste do Brasil (PUBMED, 2018)	Maria Luiza Almeida Bastos, Francileudo Santos de Abreu, Geraldo Bezerra da Silva Junior	O objetivo deste estudo foi investigar a infecção por Chikungunya como causa de absenteísmo na cidade de Fortaleza, Ceará, Brasil, durante a primeira e maior epidemia de Chikungunya que conhecemos.
Manejo clínico da suspeita de febre de chikungunya: conhecimento de	Regina Kelly Guimarães Gomes Campos, Ruama Carneiro Vieira, Samia Jardelle Freitas Costa	Identificar o conhecimento de profissionais de saúde de unidades básicas de saúde da família sobre o

profissionais de saúde da atenção básica (LILACS, 2020)	Maniva, Isabel Cristina Oliveira de Morais	manejo clínico da suspeita de febre de Chikungunya.
Emergence and potential for spread of Chikungunya virus in Brazil (BVS, 2015)	Marcio Roberto Teixeira Nunes, Nuno Rodrigues Faria, Janaina Mota de Vasconcelos, Nick Golding, Moritz UG Kraemer, Layanna Freitas de Oliveira, Raimunda do Socorro da Silva Azevedo, Daisy Elaine Andrade da Silva, Eliana Vieira Pinto da Silva, Sandro Patroca da Silva, Valéria Lima Carvalho, Giovanini Evelim Coelho, Ana Cecília Ribeiro Cruz, Sueli Guerreiro Rodrigues, João Lídio da Silva Gonçalves Vianez Jr, Bruno Tardelli Diniz Nunes, Jedson Ferreira Cardoso, Robert B Tesh, Simon I Hay, Oliver G Pybus, Pedro Fernando da Costa Vasconcelos	Identificar surto do vírus Chikungunya (CHIKV) causado pelo genótipo asiático nas 38 regiões da América.
Chikungunya surveillance in Brazil: challenges in the context of Public Health (PUBMED, 2018)	Nayara Messias da Silva, Ricardo Antônio Gonçalves Teixeira, Clever Gomes Cardoso, João Bosco Siqueira Junior, Giovanini Evelim Coelho, Ellen Synthia Fernandes de Oliveira	Descrever os desafios da implantação do sistema de vigilância e prevenção de chikungunya no Brasil.
Unrecognized Emergence of Chikungunya Virus during a Zika Virus Outbreak in Salvador, Brazil (BVS, 2017)	Cristiane W. Cardoso, Mariana Kikuti, Ana Paula P. B. Prates, Igor A. D. Paploski, Laura B. Tauro, Monaise M. O. Silva, Perla Santana, Marta F. S. Rego, Mitermayer G. Reis, Uriel Kitron, Guilherme S. Ribeiro	Determinar a intensidade da transmissão de CHIKV em Salvador entre novembro de 2014 e abril de 2016.

Fonte: produzido pelos autores (2020)

Quadro 3- Artigos incluídos no estudo, com seus autores, ano e objetivos do trabalho para os descritores “*Aedes aegypti*” e “Educação em Saúde”.

Título (Base de dados, ano)	Autor(es)	Objetivos
Estudo experimental sobre a ação de larvicidas em populações de <i>Aedes aegypti</i> do município de Itabuna, Bahia, em condições simuladas de campo (SCIELO, 2018)	Eduardo Oyama Lins Fonseca; Maria de Lourdes da Graça Macoris; Roberto Fonseca; Daniela Gonçalves; Maria Dulcinéia Sales Santa Isabel; Natali Alexandrino Cerqueira; Adriano Figueiredo Monte-Alegre	Avaliar, em condições simuladas de campo, a eficácia do pyriproxyfen (hormônio juvenil), do novaluron (inibidor de quitina) e do spinosad (biolarvicida) no controle do <i>Aedes aegypti</i> .
Zika virus displacement by a chikungunya outbreak in Recife, Brazil (PUBMED, 2017)	Tereza Magalhães; Chynthia Braga Marli T. Cordeiro; Ande L. S. Oliveira; Priscila M. S. Castanha Ana Paula R. Maciel; Nathalia M. L. Amancio; Pollyane N. Gouveia Valler J. Peixoto-da-Silva Jr; Thaciana F. L. Peixoto; Helena Britto; Priscilla V. Lima; Andreza R. S. Li,a; Kerstin D. RosENBERGER; Thomas Jaenisch	Analisar o diagnóstico molecular e sorológico em um estudo prospectivo de pacientes febris agudos recrutados de maio de 2015 a maio de 2016 em Recife, Brasil.

Quanto aos descritores “Arbovirose” e “Educação em Saúde”, os artigos incluídos foram estudos sendo um do tipo revisão da literatura e um do tipo qualitativo com análise documental. Em relação aos artigos, um deles nos traz sobre a baixa prioridade ao investimento em pesquisa de arbovírus e infraestrutura de saúde pública relacionada, entretanto com o surgimento de novas doenças arbovirais, constituem um alerta para fortalecer programas e aprimorar a pesquisa sobre o tema¹¹. O segundo artigo aborda como a dengue tem sido uma das arboviroses de maior impacto econômico, social e de saúde pública, e a importância dos agentes de combate a endemias (ACE) para prevenção e combate da doença¹². As pesquisas em sua maioria foram realizadas pelos profissionais como médicos e epidemiologistas, mas também com profissionais como professores, pedagogos, biólogos e cientistas sociais. Uma das pesquisas, cujo o título é “Epidemic arboviral diseases: priorities for research and public health”¹¹ peca quanto à clareza na identificação da trajetória metodológica, já o estudo intitulado “A formação dos agentes de combate às endemias no contexto da dengue: análise documental das políticas de saúde”¹², não identifica os vieses do estudo.

Quanto aos descritores “Chikungunya” e “Educação em saúde”, os artigos incluídos foram estudos do tipo qualitativo, sendo todos trabalhos de campo. Um dos objetivos do primeiro artigo foi analisar a atuação dos enfermeiros das Estratégias de Saúde da Família no controle de dengue e febre Chikungunya nos municípios de Parnamirim através de ações educativas, usando como metodologia as palestras¹³. Além disso, é possível observar em outro estudo a taxa média de incidência da doença no Brasil, sendo de 90,1 casos por 100.000 habitantes, enquanto no estado do Ceará foi observada uma incidência preocupante de 1.497 casos por 100.000 habitantes no ano de 2017; com tudo o artigo também mostra o impacto da doença Chikungunya no setor público e que a febre causada pela arbovirose é uma importante causa de incapacidade para o trabalho, de modo que em períodos de epidemia é necessário estar preparado também para o impacto econômico que a doença tem sobre o diversos setores da sociedade¹⁴.

Seguindo a lógica dos descritores, pode-se encontrar no terceiro artigo um estudo transversal com 31 profissionais de saúde de Unidades Básicas de Saúde, localizadas no município de Quixadá no Ceará, chegando à conclusão de um nível satisfatório das ações de combate de tais profissionais acerca da Chikungunya; além da capacidade de identificação de

sinais de gravidade e internação, possibilitando analisar o manejo e guiar as políticas públicas da região voltadas a essa doença¹⁵. O quarto estudo, identificava as diferentes formas de reação frente ao surto do vírus Chikungunya, compilando dados epidemiológicos e clínicos de casos suspeitos no Brasil, e realizando diagnósticos baseados na reação em cadeia da polimerase através de 68 amostras de soro de pacientes com sintomas iniciais¹⁶. O quinto artigo aponta como a implantação do sistema de vigilância melhorou a coleta de informações sobre a doença, mesmo com os inúmeros desafios, tendo em vista o aumento da incidência de casos com frequência¹⁷. No sexto e último artigo dos descritores foi possível determinar a intensidade da transmissão do ZIKV e CHIKV em Salvador entre novembro de 2014 e abril de 2016, explicitando a necessidade de preparação das autoridades e profissionais da saúde para uma potencial co-emergência desses dois vírus¹⁸. Os participantes das pesquisas, em sua maioria, foram compostos por profissionais como enfermeiros e médicos da área da saúde, entre eles a profissionais como professores, biólogos e cientistas.

As pesquisas “Estudo comparativo da atuação do enfermeiro no controle de dengue e febre chikungunya”¹³ e “Emergence and potential for spread of Chikungunya virus in Brazil”¹⁶ pecam quanto à clareza na identificação da trajetória metodológica e as pesquisas “Estudo comparativo da atuação do enfermeiro no controle de dengue e febre chikungunya”¹³, “Incapacidade de trabalhar devido à infecção pelo vírus Chikungunya: impacto no serviço público durante a primeira epidemia no estado do Ceará, nordeste do Brasil”¹⁴, “Manejo clínico da suspeita de febre de Chikungunya: conhecimento de profissionais de saúde da atenção básica”¹⁵, “Chikungunya surveillance in Brazil: challenges in the context of Public Health”¹⁷ não identificam os vieses do estudo.

Quanto aos descritores “*Aedes aegypti*” e “Educação em Saúde”, os artigos incluídos foram estudos baseados em relatos de experiências, delineamento experimental e uma abordagem quantitativa. O primeiro artigo é um estudo experimental que simula condições em campo e procura elucidar qual seria a eficácia de larvicidas sobre as larvas do *Aedes aegypti*, chegando à conclusão de que os produtos analisados auxiliam no combate ao mosquito, porém um deles atua apenas na fase de pupa. Sendo assim, os autores reconhecem as limitações de seu estudo, mas mantêm a opinião de que larvicidas são sim eficazes no controle dos vetores e no combate as arboviroses¹⁹. O segundo estudo apresenta uma amostra ampla com duzentas e sessenta e três pessoas que apresentavam sintomas sugestivos de infecção por arbovirose, todas atendidas em um centro clínico de Recife-PE. A partir da análise dos dados, constatou-se que 60% dos pacientes possuíam diagnóstico de infecção por Chikungunya ou Zica. Dessa forma, uma das conclusões do estudo é que há uma distribuição

homogênea de casos de Zika e Chikungunya nas mesmas áreas urbanas, sugerindo o envolvimento dos mesmos vetores urbanos em sua transmissão²⁰. As pesquisas foram realizadas por enfermeiros, médicos e biólogos. Nenhuma pesquisa peca quanto à clareza na identificação da trajetória metodológica e apenas o artigo de Magalhães et al.²⁰ não identifica os vieses do estudo.

DISCUSSÃO

Sabe-se que o *Aedes Aegypti* é o vetor de algumas arboviroses, e que as práticas mais conhecidas de Educação em Saúde contra o mosquito são relacionadas à dengue. Assim sendo, campanhas voltadas ao combate do *Aedes aegypti* tem impacto positivo contra a Chikungunya, pois é o vetor de outras arboviroses, como por exemplo, a Dengue. Para a resposta da pergunta norteadora: “Há diferenças no combate a Chikungunya nas diferentes regiões do Brasil? Se há, qual o papel da gestão pública e do Sistema Único de Saúde em meio a essas ações?”, vê-se que é possível encontrar diferenças significativas, pois as ações voltadas ao Chikungunya são mais incisivas e descritas majoritariamente nas regiões Norte e Nordeste do país, em virtude de maiores números de casos e óbitos.

Nesse sentido, é possível ver uma maior concentração de casos e óbitos na região Nordeste, com destaque para o Ceará em 2017 com 61,4% dos casos e 80% dos óbitos do país (coeficiente de incidência de 1.264,2 casos por 100 mil habitantes) o que poderia explicar uma maior prevalência de estudos conduzidos nessa região e em áreas próximas²¹. Já em 2020 foram notificados 11.453 casos prováveis (taxa de incidência de 5,4 casos por 100 mil habitantes) no país. As regiões Sudeste e Nordeste apresentaram as maiores taxas de incidência com 6,77 casos/100 mil habitantes e 6,72 casos/100 mil habitantes, respectivamente, seguido da região Norte 4,02 casos/ 100 mil habitantes; região Centro Oeste 3,20 casos/ 100 mil habitantes e região Sul 1,26 casos/ 100 mil habitante²².

ESTRATÉGIAS NO NORTE E NORDESTE DO PAÍS

De acordo com Silva et al., na chegada da Chikungunya no Brasil, foram notificados mais de 100 mil casos prováveis, com maior concentração nos estados do Nordeste (83,3% entre 2014 e 2015; 91,0% em 2016)¹⁷. O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) apresentou excelente oportunidade de encerramento dos casos entre 2014 e 2015 (85%) e alta completude das variáveis obrigatórias¹⁷. Com esses resultados, houve preparo prévio na área da Saúde Pública com o intuito de minimizar seus efeitos na sociedade a partir

da implantação do sistema de vigilância. Assim, ampliou-se a coleta de informações da doença, embora muitos desafios mostrem-se evidentes na prática, houve uma incidência crescente de casos, demandando maior capacidade operante desse setor¹⁷.

Segundo o estudo de Oliveira et al. nos municípios de Parnamirim e Santa Cruz, ambos do Rio Grande do Norte, foi analisada a atuação dos enfermeiros das Estratégias de Saúde da Família no controle da dengue e da febre Chikungunya¹³. Após a análise, houve a criação de duas categorias, a primeira de Educação em Saúde e a segunda de campanhas pontuais¹¹. Na primeira categoria, nos dois municípios, foram realizadas atividades de Educação em Saúde, além de fornecer orientações tanto nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), como nas escolas, e também nas residências durante as visitas domiciliares¹³. Já na segunda categoria, abordaram com algumas ações, de caráter campanhista/higienista, realizadas pelos enfermeiros dos municípios em campanhas de “higienização” e “limpeza” quanto à higienização usando como metodologia a palestras educativas¹³.

Segundo Cardoso et al., o estudo teve como objetivo determinar a intensidade da transmissão do Chikungunya em Salvador, entre novembro de 2014 e abril de 2016¹⁸. Como resultado, obteve-se um total coletado de 2.736 amostras, sendo 456 (16,7%) positivas. O aumento de casos de Chikungunya não foi prontamente detectado pelas autoridades de Saúde Pública e profissionais de saúde, pois toda a atenção foi direcionada ao surto de Zika vírus e suas complicações¹⁸. Assim sendo, nota-se a importância para as regiões que abrigam o mosquito *Aedes aegypti* que as atividades de Educação em Saúde sejam voltadas para o combate contra o mosquito, podendo abranger toda e qualquer doença que ele perpetue¹⁸.

Verificou-se no estudo de Nunes et al., o primeiro relato da emergência do Chikungunya no Brasil, sendo de um genótipo presente no Leste-Centro-Sul-Africano¹⁶. Focado quanto nas regiões Norte e Nordeste do país, fala sobre a transmissão da Chikungunya estabelecida em regiões altamente conectadas¹⁶. Quanto às medidas preventivas, o artigo aborda sobre como elas deviam ser direcionadas e sustentadas com medidas de vigilância viral e controle de vetores com o potencial de evitar a invasão do Chikungunya e a sobrecarga de um dos maiores sistemas de saúde do mundo¹⁶.

Para Bastos et al. deve-se estar preparado também para o impacto econômico que a doença exerce sobre a população e entre diversos setores da sociedade¹⁴. Bastos et al. também comenta a necessidade de medidas educacionais e preventivas, tanto em ambientes de trabalho quanto na sociedade como um todo, visto que o controle dos arbovírus está longe de ser alcançado, sendo os aspectos preventivos a melhor opção de combate¹⁴. Já Campos et al., cujo objetivo do estudo buscava analisar o conhecimento dos profissionais de saúde que

atuavam na assistência a pacientes com febre de Chikungunya, ressaltou a importância das secretarias de saúde elaborarem capacitações permanentes sobre as arboviroses, auxiliando em um melhor manejo clínico dos casos, em especial, sobre a febre de Chikungunya, devido os desfechos clínicos tardios que podem se apresentar em mais de uma fase¹⁵.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Segundo o Ministério da Saúde, todo caso suspeito de Chikungunya deve ser notificado ao serviço de vigilância epidemiológica, conforme fluxo estabelecido em cada município. Conforme Anexo da Portaria nº 204/2016, a Febre de Chikungunya é agravo de Notificação Compulsória e os casos suspeitos devem ser notificados e registrados no Sistema de Notificação de Agravos de Notificação (SINAN)⁷. No Brasil, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate a Endemias (ACE), em parceria com a população, são responsáveis por promover o controle do vetor, cujas ações são centradas em detectar, destruir ou destinar adequadamente reservatórios naturais ou artificiais de água que possam servir de depósito para os ovos do *Aedes aegypti*²³.

O seu diagnóstico pode ser realizado laboratorialmente, porém, pela presença de múltiplos arbovírus com circulação simultânea em algumas áreas, ele pode apresentar reatividade cruzada²⁰. A luta contra os arbovírus emergentes requer políticas e intervenções abrangentes, envolvendo vários setores da sociedade, não apenas o setor saúde. Investimentos na qualificação das ações de vigilância epidemiológica, virológica, vetorial e epizootica são urgentes no país, principalmente em momentos de riscos importantes para a saúde pública²⁴. Infelizmente, nenhum tratamento profilático ou terapêutico foi aprovado para o uso humano no combate ao vírus, sendo a vacinação a estratégia mais eficiente e bem-sucedida para proteger a população e erradicar doenças infecciosas como o Chikungunya.

De acordo com Wilder et al., a emergência de saúde pública do vírus Zika e a ameaça de disseminação global da febre amarela, combinadas com o ressurgimento da dengue e da Chikungunya, constituem um alerta para que governos, universidades, financiadores e Organização Mundial da Saúde (OMS) fortaleçam programas e aprimorem a pesquisa no vetor e as doenças por ele transmitidas¹¹. Uma mudança de foco é importante para permitir soluções mais eficazes, como combinar intervenções conhecidas para obter maior sucesso. Diagnósticos multiplexados no ponto de atendimento para diagnosticar arbovírus são necessários com urgência, dada a co-circulação desses vírus, incluindo ensaios sorológicos mais específicos para estudos de soroprevalência. Uma avaliação crítica das ferramentas de controle de vetores e daquelas em desenvolvimento deve orientar uma agenda de pesquisa

para determinar quais técnicas existentes funcionam melhor e como combinar melhor o controle de vetores de última geração com a vacinação¹¹.

A luta contra os arbovírus emergentes requer políticas e intervenções abrangentes, envolvendo vários setores da sociedade, não apenas o setor saúde. Seguindo esse raciocínio, Chaves et al. defende que a educação em saúde é uma estratégia importante no combate a esses vetores, sendo importante a ampliação de formação intersetorial e a discussão das experiências obtidas durante o combate ao vírus²⁵. Uma tentativa de combater o vetor do Chikungunya é realizar o uso de larvicidas nas regiões endêmicas, prática recomendada pelo Ministério da Saúde e que não demanda dificuldade operacional, bem como possui baixo impacto ambiental²². Esse método de combate ao mosquito é corroborado pelo estudo de Azevedo et al., que sugere casos ocorridos pela infecção com esse vírus, em uma determinada região, podem ter correlação com a mesma forma de transmissão²⁶.

Do ponto de vista da formação dos ACE, a implementação efetiva das medidas de promoção da saúde, prevenção e controle do *Aedes aegypti* exige trabalhadores qualificados, além de outros fatores como equipamentos e infraestruturas apropriadas¹². Constata-se no estudo de Evangelista, et al., que os ACE devem orientar a população em ações de “educação em saúde”. Contudo, como é possível realizar na prática um trabalho bem fundamentado sem antes ter recebido uma formação para tal? É notório que as recorrentes epidemias de dengue clamam por profissionais mais bem formados e essa condição não pode passar-se de forma latente aos olhos das políticas de recursos humanos de saúde no Brasil e no mundo¹². Nesse sentido, embora exista uma política incipiente de formação de trabalhadores do setor público em vigilância em saúde, permanece a ausência de regulamentação mais sólida do trabalho do ACE, inclusive quanto a sua formação, podendo comprometer sua prática em ações de prevenção e educação em saúde¹².

CONCLUSÃO

Nota-se que não há diferenças significativas quanto ao combate à chikungunya nas diferentes regiões do Brasil, visto que elas buscam a prevenção através de ações em saúde contra o vetor *Aedes aegypti*. Educação em Saúde voltada contra o vetor está presente por todo o Brasil, mas o conhecimento da doença CHIK estabeleceu-se prioritariamente no Norte e Nordeste, pois sua incidência e prevalência é maior. Assim sendo, o conhecimento sobre a doença deve ser expandido pelo Brasil, visto que sua existência não é restrita às regiões

supracitadas e as ações em Educação e Saúde devem deixar de prevalecer à dengue entre as arboviroses transmitidas pelo vetor.

REFERÊNCIAS

- 1-Médicos sem fronteira. Chikungunya. 2018. Acesso em: 05 jun. 2020 Disponível em: <http://www.msf.org.br/o-que-fazemos/atividades-medicas/chikungunya>.
- 2-Neto JC, Mesquita EC, Amancio RT, Alvarenga PE. Events preceding death among Chikungunya vírus infected patients: a systematic review. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. 2020; vol. 53, <http://dx.doi.org/10.1590/0037-8682-0431-2019>.
- 3-Frutuoso LCV, Freitas ARR, Cavalcanti LPG, Duarte EC. Estimated mortality rate and leading causes of death among individuals with chikungunya in 2016 and 2017 in Brazil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. 2020; vol. 53. <http://dx.doi.org/10.1590/0037-8682-0580-2019>.
- 4-Ministério da Saúde. Chikungunya: causas, sintomas, tratamento e prevenção. Acesso em: 05 jun. 2020. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/chikungunya>.
- 5-Silva NM, Teixeira RAG, Cardoso CG, Junior JBS, Coelho GE, Oliveira ESF. Vigilância de chikungunya no Brasil: desafios no contexto da saúde pública. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2018; vol. 27 (3): p. 1-10. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742018000300003>.
- 6-Panato CS, Figueiredo ED, Bassi, D, Felipe IMA, Firmo WCA, Rêgo AS, et al. Evaluation of functional disability after Chikungunya infection. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. 2019; vol. 52. <http://dx.doi.org/10.1590/0037-8682-0112-2019>.
7. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Chikungunya: manejo clínico. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/publicacoes/chikungunya_manejo_clinico_1ed.pdf.
- 8-Silva IB, Mallmann DG, Vasconcelos EMR. Estratégias de combate à dengue através da educação em saúde: uma revisão integrativa. *Saúde (santa Maria)*. 2015; vol. 41 (2): p. 27-34. <https://doi.org/10.5902/2236583410955>.
- 9-Mendes KDS, Silveira RCC, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & contexto enfermagem*. 2008; v. 17 (4): p. 758-764. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>.
- 10-Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*. 2010; vol.8 (1): p 102-106. <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>
- 11-Wilder AS, Gubler DJ, Weaver SC, Moath TP, Heymann DL, Scott TW. Epidemic arboviral diseases: priorities for research and public health. *The Lancet Infectious Diseases*. 2017; vol. 17 (3): p. 101-106. [http://dx.doi.org/10.1016/s1473-3099\(16\)30518-7](http://dx.doi.org/10.1016/s1473-3099(16)30518-7).

- 12- Evangelista JG, Flisch TMP, Pimenta DN. formação dos agentes de combate às endemias no contexto da dengue: análise documental das políticas de saúde. *Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde*. 2017; vol. 1 (0): p. 01-13. <https://doi.org/10.29397/reciis.v1i1.1219>.
- 13- Oliveira FLB, Millions RM, Costa MV, Júnior JJA, Silva DGKC. Estudo comparativo da atuação do enfermeiro no controle de dengue e febre chikungunya. *Saúde e Sociedade*. 2016; vol. 25: p. 1031-1038. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902016160638>.
- 14- Bastos MLA, Abreu FS, Junior GBS. Incapacidade de trabalhar devido à infecção pelo vírus Chikungunya: impacto no serviço público durante a primeira epidemia no Estado do Ceará, nordeste do Brasil. *Revista Brasileira de Doenças Infecciosas*. 2018; vol. 22 (3): p. 248-249.
- 15 - Campos RKG, Vieira RC, Maniva SJFC, Morais ICO. Manejo clínico da suspeita de febre de chikungunya: conhecimento de profissionais de saúde da atenção básica. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental*. 2020; p. 246-251.
- 16- Nunes MRT, Faria NR, Vasconcelos JM, Golding N, Kraemer MUG, Oliveira LF, et al. Emergence and potential for spread of Chikungunya virus in Brazil. *BMC medicine*. 2015; vol. 13 (1): p. 1-11.
- 17- Silva NM, Teixeira RAG, Cardoso CG, Junior JBS, Coelho GE, Oliveira ESF. Vigilância de chikungunya no Brasil: desafios no contexto da Saúde Pública. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2018; Vol. 27 (3). <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742018000300003>.
- 18- Cardoso CW, Kikuti M, Prates APPB, Rego IADV, Tauro LB, Silva MMO, et al. A silenciosa emergência do Vírus Chikungunya durante a epidemia do Zika vírus em Salvador, Brasil. *CONGRESSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA TROPICAL*. 2016; vol. 52: p. 9364.
- 19- Fonseca EOL, Macoris MLG, Santos RF, Morato DG, Isabel MDSS, Cerqueira NA, Monte-Alegre EF. Estudo experimental sobre a ação de larvicidas em populações de *Aedes aegypti* do município de Itabuna, Bahia, em condições simuladas de campo. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2019; vol.28 (1). <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742019000100004>.
- 20- Magalhães T, Braga C, Cordeiro MT, Oliveira ALS, Castanha PMS, Maciel APR, et al. Zika virus displacement by a chikungunya outbreak in Recife. *Brazil. PLoS: Neglected Tropical Diseases*, 2017; p. 1-9. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0006055>.
- 21- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigilância em saúde no Brasil 2003|2019: da criação da Secretaria de Vigilância em Saúde aos dias atuais. *Bol Epidemiol*. 2019; 50(n.esp.): p. 1-154. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos>
- 22- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Monitoramento dos casos de arboviroses urbanas transmitidas pelo *Aedes Aegypti* (dengue, chikungunya e zika), Semanas Epidemiológicas 1 a 11, 2020. *Bol Epidemiol*. 2020; 51(12): p. 1-35. Disponível em: [boletim-epidemiologico-SVS-12-2020.pdf \(saude.gov.br\)](http://www.saude.gov.br/boletim-epidemiologico-SVS-12-2020.pdf)

23 - Zara ALSA, Santos SM, Oliveira ESF, Carvalho RG, Coelho GE. Estratégias de controle do *Aedes aegypti*: uma revisão. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2016; vol. 25 (2): p. 1-2. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742016000200017>.

24 - Donalisio MR, Freitas ARR. Chikungunya no Brasil: um desafio emergente. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2015; vol. 18 (1): p. 283-285. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500010022>.

25- Chaves MO, Evangelista MSN, Fernandes FMC. Educação em saúde sobre o *Aedes aegypti*: relato de experiência. *Rev. Bras. Enferm.* 2020; vol. 73 (3). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0487>.

26- Azevedo RSS, Oliveira CS, Vasconcelos PFC. Risco do chikungunya para o Brasil. *Revista de Saúde Pública*. 2015; vol. 49: p. 49-58. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049006219>

Vigilância participativa na escola para o controle de arboviroses: um relato de experiência

*Participative surveillance in the school for the control of arbovirus infections:
an experience report*

*Vigilancia participativa en la escuela para el control de las infecciones
por arbovirus: un relato de experiencia*

Helida Melo Conrado Fernandes,

Kellyanne Abreu Silva,

Renata Borges de Vasconcelos,

Maria Rocineide Ferreira da Silva,

Andrea Caprara

Resumo

O trabalho descreve a experiência de implantação da vigilância participativa para o controle das doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti* em uma escola da rede privada da cidade de Fortaleza/CE. Destaca-se o enfoque teórico da abordagem Eco-Bio-Social, que tem na participação da comunidade um dos seus princípios, possibilitando uma visão integrada das ações de vigilância com foco na melhoria das condições de vida e saúde da população. Para realizar controle das arboviroses na escola foram formadas quatro equipes de brigada, compostas cada uma por cinco estudantes do Fundamental II. O conhecimento adquirido com a oficina e a rotina de vistoria dos criadouros ajudou os estudantes a despertar para as dificuldades sentidas na sua realidade. A experiência decorrente do caminho seguido permitiu a construção de um projeto de intervenção com foco na vigilância participativa das arboviroses, a ser implementado em outras escolas.

Palavras-chave: *Aedes aegypti*. Abordagem eco-bio-social. Participação da comunidade. Vigilância em saúde pública. Escola.

Abstract

This paper describes the settlement of a participative surveillance program aiming the *Aedes aegypti* disease control at a private middle school in Fortaleza-CE, Brazil. The theoretical reference is the use of the Eco-bio-social approach, which is based on the principle of community participation. This approach allows for an integrated view of the disease surveillance actions, searching for better life and health conditions to the local people. It has been formed four groups of five students each, to fight mosquitoes and promote prevention against arboviruses. Workshops have been carried out at the school to spread the knowledge about the daily inspection of the mosquito breeding sites, yielding students to realize the main problems in their own community. The proposed approach led us to design an intervention protocol for participative surveillance of arboviruses to be launched in any other school.

Keywords: *Aedes aegypti*. Eco-bio-social approach. Community participation. Public health surveillance. School.

Resumen

Este documento describe el establecimiento de un programa de vigilancia participativa dirigido al control de las enfermedades causadas por *Aedes aegypti* en una escuela secundaria privada en Fortaleza-CE, Brasil. La referencia teórica es el uso del enfoque eco-bio-social, que se basa en el principio de participación de la comunidad. Este enfoque permite una visión integrada de las acciones de vigilancia de la enfermedad, en busca de mejores condiciones de vida y salud para las personas locales. Se ha formado cuatro grupos de cinco estudiantes cada uno, para luchar contra los mosquitos y promover la prevención contra los arbovirus. Se han llevado a cabo talleres en la escuela para difundir el conocimiento sobre la inspección diaria de los sitios de reproducción de mosquitos, y los estudiantes se han dado cuenta de los principales problemas en su propia comunidad. El enfoque propuesto nos llevó a diseñar un protocolo de intervención para la vigilancia participativa de arbovirus que se lanzará en cualquier otra escuela.

Palabras clave: *Aedes aegypti*. Enfoque eco-bio-social. Participación de la comunidad. Vigilancia en salud pública. Escuela.

Introdução

As arboviroses continuam exercendo impacto considerável no campo da Saúde Coletiva, desafiando governos, sistemas de saúde e sociedades mundialmente. A incidência de epidemias de doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti*, em especial Dengue (DENV), Zika (ZIKV) e Chikungunya (CHIKV) tem demonstrado a necessidade de produzir esforços para combinar modelos de intervenção integrados¹. Os impactos sentidos demandam ações de controle vetorial efetivas e políticas públicas de saúde sustentáveis².

Falhas nos sistemas tradicionais de controle vetorial têm levado as partes interessadas no problema a buscar estratégias que envolvam a comunidade na redução de criadouros do mosquito³. A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) elegeu a abordagem Eco-Bio-Social (EBS) como efetiva, por destacar a educação social e o cuidado com o meio ambiente como aliados do controle vetorial. A abordagem EBS é estruturada por seis princípios: pensamento sistêmico, transdisciplinaridade, participação social, sustentabilidade, equidade social e de gênero e conhecimento para a ação. Além disso, é conduzida por vários setores da comunidade, que incluem a educação em saúde e a educação ambiental, e incentivam o uso de ferramentas mecânicas sem a utilização de inseticidas para controle vetorial⁴.

Dentre os princípios citados, estão diretamente relacionados com a proposta do estudo a participação social e o conhecimento para a ação. O primeiro corresponde ao envolvimento das pessoas implicadas no problema, de forma a engajá-las na tomada de decisões, promoção de mudanças e participação da criação de soluções. O outro ressalta a forma como os conhecimentos são adquiridos na medida em que vão transformando a

realidade concreta, surgindo simultaneamente à mudança dos processos e ao estabelecimento de novas políticas⁵.

A educação da população para o controle vetorial pode contribuir para a redução dos índices entomológicos e a diminuição da infecção pelo vírus. A mobilização da comunidade bem informada acrescenta eficácia às atividades de redução do *Aedes aegypti*, assim como o controle das arboviroses³. Ressalta-se a relevância do caráter didático da transmissão do conhecimento para que ultrapasse as fronteiras da informação descritiva. Embora sejam direcionados à comunidade e contenham apelos para que ela participe das campanhas, o entendimento é de que ocorre uma pseudoparticipação, pois a população é vista apenas como executora das recomendações divulgadas, sem envolvimento direto na construção das indicações⁶.

Diante do cenário emergente de combate às arboviroses, as ações de vigilância em saúde recebem atenção e são consideradas como desafiadoras, em especial relacionadas à CHIKV⁷ e ZIKV⁸. A vigilância em saúde é acionada quando da ocorrência de situações de surtos e epidemias que se constituem Emergências em Saúde Pública (ESP) e exigem o emprego urgente de medidas de prevenção, controle e contenção de riscos e agravos à saúde pública⁹.

Porto¹⁰ promove a reflexão sobre a função da vigilância na promoção da saúde para além de visões restritas atreladas a uma concepção de Estado regulador e promotor do desenvolvimento econômico. Aponta como desafio central a necessidade de superação de um pensamento calcado em uma ciência positivista de especialistas que não dialogam com outros saberes e se afastam das lutas sociais mais candentes de nosso tempo. Propõe ainda promover diálogos horizontais em contextos de lutas sociais com os radicalmente excluídos, permitindo a emergência de saberes e práticas emancipatórias para além de universalismos que tornam invisíveis alternativas em termos de outras sociabilidades, economias, formas de saber, sentir, trabalhar e produzir.

A comunidade suscetível ao adoecimento por arboviroses em seu próprio contexto de vida, é parte interessada a ser convocada para combater o problema, uma vez que a maior parte dos criadouros de *Aedes aegypti* está nos espaços domiciliares¹¹. Dessa forma, para pensar ações estratégicas de vigilância que visem melhorar as condições de vida e saúde da população é imprescindível considerar o envolvimento dos cidadãos na construção e aplicação dos processos¹².

Considerando o contexto do problema, elege-se a escola como um espaço propício para desenvolver ações orientadas pela abordagem EBS. A escola se conecta com a saúde e é reconhecida como espaço favorável para a construção de questões de saúde relacionadas ao

seu cotidiano, contribuindo para o desenvolvimento de futuras gerações¹³. A Política Nacional de Promoção da Saúde do Sistema Único de Saúde¹⁴ reconhece na escola um espaço para promoção da saúde, e o Programa Saúde na Escola (PSE) é uma estratégia que integra ações de educação e de saúde com a finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde¹⁵.

Desenvolver estratégias de educação em saúde dentro da realidade cotidiana das pessoas é um importante investimento em promoção da saúde, pois considera a participação dos sujeitos implicados no problema, na construção do conhecimento, mudança de atitude e na adoção de práticas de cuidado na prevenção das arboviroses. O processo comunicativo horizontal entre profissionais e comunidade e o uso de metodologias mais criativas que respeitem as especificidades do público-alvo, promove a aprendizagem e a autonomia¹⁶.

Estudo realizado na Tailândia com estudantes e professores investigou o conhecimento básico dos estudantes sobre DENV e fez um levantamento dos índices de larvas nas escolas primárias e nos domicílios dos estudantes¹⁷. Concluiu que os fatores de risco para DENV estavam relacionados ao conhecimento básico dos estudantes sobre a doença e aos índices de larvas nas escolas e nos seus domicílios, recomendado ser necessário um esforço coordenado para eliminar os criadouros do mosquito *Aedes aegypti* na comunidade.

Em Honduras foi realizado um programa para prevenção da DENV em centros escolares de educação primária, com capacitação para professores e treinamento para estudantes, técnicos em saúde ambiental e universitários. Em seguida foram realizadas visitas de inspeção domiciliar de criadouros nas casas dos estudantes, efetivadas por professores treinados e os próprios estudantes, em uma ação coletiva de vigilância entomológica como complemento das ações do Programa Nacional de Controle de Dengue¹⁸. Em Yucatan no México foi investido em educação na escola para prevenção de CHIKV e outras doenças vetoriais¹⁹.

Experiências nas escolas com enfoque na educação para ação, seguidas de atividades de prevenção da proliferação e redução de vetores na comunidade, reforçam a validade de se investir em iniciativas voltadas para a prevenção e controle das arboviroses. Acredita-se que atuar em ações de vigilância em parceria com a comunidade traz resultados satisfatórios e efetivos na implementação de estratégias inovadoras para o controle vetorial. A escola é um dispositivo para a comunidade, que agrega um coletivo de pessoas tornando-se um espaço de vivência diária para o desenvolvimento educacional. Pode ser visto como um centro de comunicação entre a comunidade e os serviços de saúde em ações de vigilância frente às ameaças representadas por doenças infecciosas como DENV, CHIKV e ZIKV. O

Objetivo deste estudo é descrever a implantação da vigilância participativa para o controle das doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti* na escola.

Desenvolvimento

Estruturação da pesquisa e perfil dos participantes

Trata-se de um estudo vinculado a uma pesquisa mais abrangente financiada pelo *International Development Research* (IDRC), cuja finalidade central propõe a implementação de intervenções inovadoras para o controle do *Aedes aegypti*. É realizada em quatro áreas situadas em bairros distintos de uma mesma regional de saúde, com duas áreas de intervenção e duas de controle. Um dos objetivos da pesquisa IDRC é o desenvolvimento de estratégias de vigilâncias participativas para aperfeiçoar a detecção precoce dos casos de infecção pelas arboviroses e presença de criadouros do vetor.

O período da experiência relatado aconteceu de junho a novembro de 2018 na cidade de Fortaleza/CE, onde a DENV continua sendo um grave problema de Saúde Pública²⁰, além de apresentar dados epidemiológicos alarmantes em relação às arboviroses CHIKV e ZIKV de acordo com a Secretaria Estadual de Saúde (SESA)²¹. A implantação das ações de vigilância participativa aconteceu em uma escola da rede privada situada em uma das áreas de intervenção. O recorte da área encontra-se em um bairro de uma organização territorial que reúne 18 outros bairros. Trata-se de uma região que apresenta a maior incidência de arboviroses do município e que possui um dos Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) mais baixos (0,29 – 72º/119º). A relação entre a incidência de DENV, ZIKV e CHIKV e a péssima qualidade de vida da população incidente leva a refletir sobre os determinantes sociais das arboviroses. Estudo recente mostra que a DENV está fortemente associada à violência urbana, à pobreza e à coleta de lixo nos períodos de baixa transmissão do vírus²².

As ações de vigilância participativa foram direcionadas aos estudantes matriculados no Ensino Fundamental II e aos professores da mesma etapa da educação básica. Participaram da experiência 15 estudantes, sendo 5 do 6º ano, 3 do 7º, 3 do 8º e 4 do 9º ano). Foram escolhidos por eles quatro professores, no entanto, eles não puderam participar da oficina e da ação de brigada devido ao momento letivo de muitas atribuições.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, parecer nº 2.248.326 de 30 de agosto de 2017. Todos os participantes formalizaram a concordância por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos pais e professores e do Termo de Assentimento pelos estudantes.

Resultados

Desenvolvendo as propostas: primeiros passos

A busca de estruturação das ações de vigilância participativa nas escolas considerou tanto a importância da intersetorialidade quanto a dificuldade de envolver os diversos atores na promoção da saúde do adolescente. Mesmo reconhecendo a desarticulação dos setores educação e saúde, sentida na execução de ações do PSE, é possível identificar alguns avanços na prática intersetorial¹⁵. Assim, o estudo teve como ponto de partida a busca de projetos pré-existentes que atuassem nesse cenário, fato que levou ao conhecimento de trabalhos realizados pela Secretaria Municipal de Educação (SME). Foi agendado um encontro na própria SME entre os pesquisadores e os profissionais da educação e da saúde responsáveis pelos projetos.

Em paralelo foi feito levantamento das escolas inseridas nas duas áreas de intervenção da pesquisa IDRC que tivessem o Ensino Fundamental II. Posteriormente foram organizadas visitas a duas das escolas municipais identificadas. Na ocasião foi apresentado um recorte da pesquisa e feito o reconhecimento do local, do número de estudantes e da equipe de professores que compõem o quadro do ensino fundamental.

Também foram oportunizados encontros com Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e educadores de saúde do Núcleo de Educação em Saúde e Mobilização Social (Nesms) que desenvolvessem atividades educativas nas escolas do recorte delimitado. A educadora de saúde ligada a principal Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) de uma das áreas da pesquisa IDRC estava aplicando oficinas sobre a temática das arboviroses numa das escolas da rede privada. O vínculo pré-existente entre educadora e escola contribuiu para a inserção dos pesquisadores, fato que direcionou a escolha do local de implantação das ações de vigilância participativa.

Promoção da participação: juntos somos mais fortes

O primeiro contato com o núcleo gestor da escola tinha por proposta apresentar o projeto IDRC, o conjunto de atividades desenvolvidas na área e esclarecer as ações vinculadas à escola. Uma programação foi planejada, em parceria com a coordenação do Fundamental II, para divulgar o projeto aos estudantes e convidá-los a compor uma equipe de controle dos focos do *Aedes aegypti* na escola, chamada “Brigada Júnior”.

A atividade de brigada, enquanto estratégia de promoção da saúde, vem sendo desenvolvida em diversos setores da sociedade, proporcionando o exercício da cidadania às populações interessadas. No Município de Palmas foi aplicada à comunidade escolar ações de capacitação em primeiros socorros e prevenção de acidentes²³. No contexto das arboviroses a atividade de brigada foi proposta como instrumento de vigilância e controle de focos do *Aedes aegypti*, apresentando resultados significativos na Policlínica "Dr. Carlos Juan Finlay" de Santiago de Cuba²⁴.

A ação de brigada desse estudo direcionada aos estudantes repousa no reconhecimento do adolescente enquanto sujeito em formação, potencialmente capacitado para transformar o meio que o cerca. A participação social infanto-juvenil assegurada pela legislação existente precisa ser cada vez mais sistematizada na prática, de modo que levem em consideração os contextos em que as crianças e adolescentes vivem e criem condições para que elas conheçam e defendam seus direitos e façam parte das transformações pessoais e sociais propostas²⁵.

O convite aos estudantes para fazer parte da brigada foi feito de forma voluntária, ressaltando-se o direito de participar ou não conforme sua decisão sem que esse posicionamento gerasse qualquer prejuízo. Foram definidas quatro equipes, sendo uma de cada série do Fundamental II (6º, 7º, 8º e 9º ano). Cada equipe era composta por cinco estudantes e um professor representante. Um contato telefônico foi feito com os pais para apresentar o projeto, esclarecer dúvidas a respeito da participação do seu filho e solicitar o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Realização de oficina: conhecer para agir

Após a definição das equipes da Brigada Júnior, foi feita uma oficina com base no Psicodrama Pedagógico de Romãña²⁶, a fim de preparar os estudantes para as ações de vigilância participativa. Por ser uma metodologia que leva em consideração o contexto social do sujeito no seu processo de ensino-aprendizagem e possibilita sua participação de forma ativa, levando-o a refletir sobre os temas sugeridos, o conhecimento adquirido é construído concomitantemente com a experiência vivida.

O trabalho com grupos sob o enfoque psicodramático acontece no aqui e agora, sendo construído por meio dos vínculos estabelecidos. Através do campo relaxado e protegido, facilitado pelo uso de técnicas psicodramáticas, o indivíduo acessa seus conteúdos internos e manifesta-os com mais naturalidade. O método psicodramático é proposto como alternativa de implementação de formações mais humanizadas no contexto da saúde,

possibilitando estabelecimento de relações no cotidiano que deem continuidade e ressonância ao que foi vivenciado no grupo²⁷. Permite maior coesão e cooperação entre os participantes, envolvimento emocional e afetivo com o processo, desenvolvimento da capacidade crítica e manifestação de respostas mais espontâneas e criativas, o que resulta na construção de resultados mais verdadeiros e conectados com a realidade social existente²⁶.

O psicodrama pedagógico pode ser aplicado em diferentes níveis de ensino, como mostra um estudo de Nunes et al.²⁸ que apresenta a trajetória da aplicação desse método nos diversos contextos do ensino-aprendizagem na cidade de Campinas. Em Fortaleza, Gomes et al.²⁹ relatam uma experiência em que o uso do método na disciplina de Políticas e Práticas de Saúde possibilitou aos estudantes melhor compreensão do funcionamento do SUS. Estudos direcionados ao público adolescentes demonstram que ações voltadas à saúde integrada, desenvolvidas a partir do referencial pedagógico do psicodrama facilitam a participação espontânea, melhor compreensão dos conteúdos e reflexão crítica acerca dos temas abordados³⁰.

O contexto de aprendizagem espontâneo e criativo conseguiu dialogar com os princípios da abordagem EBS como foi possível observar por meio da participação ativa da comunidade representada pelos estudantes; desenvolvimento de propostas sustentáveis preservando as particularidades locais; consideração das diversas disciplinas envolvidas trabalhando em harmonia; conhecimento para as ações posteriores. Os temas sugeridos pretendiam ampliar o conhecimento prévio sobre as arboviroses transmitidas pelo *Aedes aegypti*, os fatores que favorecem a proliferação do mosquito e as medidas de prevenção e controle de sua infestação.

A programação da oficina foi dividida em dois momentos, sendo o primeiro vivencial. Após acolhimento dos participantes um aquecimento foi feito a fim de preparar e sensibilizar o grupo para as próximas fases, permitindo assim, a descontração dos envolvidos (incluindo facilitadores) e a liberação de respostas mais espontâneas³¹. Em seguida, foi realizada a dinâmica de apresentação ‘construção do crachá’ para que os participantes se reconhecessem e comesçassem a formar a identidade do grupo. Cada um recebeu um cartão e lápis de cera colorido para escrever seu nome ou apelido. Após todos concluírem iniciou-se as apresentações. Nesse momento, cada participante foi estimulado a falar das suas experiências com arboviroses, das dificuldades enfrentadas, curiosidades sentidas e expectativas em relação ao projeto. Esse foi o momento de conhecer o contexto social dos participantes e formar o alicerce para nortear o processo de aprendizagem³¹.

Dando continuidade à oficina, um vídeo foi exibido e em seguida o grupo foi dividido de forma aleatória em subgrupos para discutir o que viram. Posteriormente foram

orientados a apresentar o resultado por meio de dramatização. Nessa proposta, o ponto de partida para a aprendizagem foi a própria experiência do sujeito que participava da atividade. Ao final das dramatizações, o grupo retomou a configuração original para compartilhar a vivência. Esse foi o momento de expressar como cada sujeito vivenciou o processo, o que observaram, o que sentiram e de que maneira relaciona ao cotidiano. É uma etapa de construção grupal, de integração da aprendizagem.

O segundo momento da oficina contou com o apoio de outros pesquisadores que fizeram uma exposição dialogada, detalhando aspectos biológicos que envolvem o *Aedes aegypti* e as novas estratégias de controle vetoriais. Uma amostra do ciclo de vida do mosquito foi exibida para que os participantes conhecessem de perto as quatro fases do ciclo (ovo, larva, pupa e adulto) e conseguissem reconhecê-las no material apresentado. Posteriormente foram trabalhadas as características da abordagem EBS e seus princípios norteadores, a fim de fundamentar as questões trazidas em decorrência das dramatizações.

O fechamento se deu com uma excursão coletiva pelas dependências da escola, movimento que se constitui como territorialização, ou seja, apropriação do território e empoderamento dos sujeitos implicados. Foi apresentado para os estudantes as principais características da vistoria do imóvel, fornecendo uma noção mais prática do que foi apreendido na oficina. Na ocasião os estudantes conheceram o formulário de levantamento entomológico a ser preenchido semanalmente no dia da Brigada.

Implementação da vigilância participativa: cuidando da escola

A atividade da Brigada Júnior foi introduzida na semana seguinte a realização da oficina, iniciando o primeiro ciclo da ação. O ciclo de brigada era composto de quatro semanas, sendo que cada uma das equipes era responsável por uma semana. Assim, uma vez por semana os estudantes se reuniam para fazer a inspeção, tratamento e/ou eliminação dos criadouros na escola. Eram acompanhados pelo Agente de Combate as Endemias (ACE) da pesquisa e da pesquisadora responsável. As equipes se sucederam semanalmente contabilizando dois ciclos de brigada.

O ACE era o profissional responsável pela execução das atividades de controle vetorial, devendo, portanto, realizar a rotina de vistoria, eliminação e tratamento dos criadouros que tivessem focos do mosquito. O estudante auxiliava o ACE, seguindo as orientações durante a vistoria do imóvel e ajudando a preencher o instrumento de levantamento, com o objetivo de alimentar o sistema de informações vetoriais. Além do uso dos formulários, a ação foi registrada por meio de fotografias captadas pela pesquisadora que

acompanhou todo o processo, seguindo as recomendações acordadas no termo de autorização de uso de imagem assinado pelos participantes.

Considerações finais

O encontro realizado na SEM permitiu aos pesquisadores conhecer o conjunto de ações previstas a serem aplicadas na rede municipal de ensino. Foi uma oportunidade significativa para compreender como esse trabalho poderia ser inserido na proposta de intervenção da pesquisa e construir uma futura parceria de trabalho no objetivo em comum. Visto que uma inserção imediata não seria possível, procurou-se ampliar o campo de consolidação de parcerias, o que levou ao encontro com a Educadora de Saúde que já desenvolvia ações de combate ao vetor na área e funcionou como porta de entrada para a escola do estudo. Foi possível constatar que quando a ação intersetorial existe na prática a relação entre saúde e educação se torna mais harmoniosa¹⁵.

Foram realizadas visitas em escolas municipais e da rede privada, onde os pesquisadores foram bem recebidos pelo núcleo gestor e apresentaram um recorte da pesquisa. Os coordenadores disseram acreditar na relevância do trabalho haja vista as epidemias sofridas nos últimos anos, falaram das dificuldades sentidas em manter o espaço da escola isento do mosquito e se disponibilizaram a ajudar, mesmo ressaltando a limitação do tempo. Os professores levantaram questões sobre o campo da pesquisa e demonstraram interesse em conhecer melhor os princípios que norteiam a abordagem EBS. A professora de ciências de uma das escolas disponibilizou um tempo na sua disciplina para trabalhar com os estudantes, reforçando o interesse por “novidades”.

No primeiro contato com os estudantes foi possível perceber interesse pelo projeto. “Eles adoram uma novidade” comentou a professora do 6º ano quando 23 estudantes, de uma turma de 37, se inscreveram para participar. A fala era confirmada a cada visita à escola quando os estudantes demandavam em que momento começariam as atividades, qual o dia da brigada da equipe deles, ou aqueles que não haviam sido escolhidos, perguntavam se iriam ter a oportunidade de participar. Vale ressaltar que alguns pais, ao serem contatados, não permitiram que seus filhos participassem da pesquisa, alegando preocupação com a violência urbana, mesmo sendo garantido por parte dos pesquisadores que as ações ocorreriam nas dependências da escola.

A temática das arboviroses se mostrou pertinente à realidade dos estudantes, visto que todos relataram ter adquirido ou conhecer alguém próximo que sofreu com umas das doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti*. Outro aspecto relevante refere-se ao conhecimento

prévio partilhado na oficina. Mesmo os estudantes afirmando no início que não conheciam muito sobre o tema e que estavam ali para aprender, partilharam informações pertinentes sobre o mosquito e suas características, formas de eliminar o vetor (não pode deixar água parada), métodos para se proteger (repelente, mosquiteiro, raquete elétrica), principais sintomas e sequelas das doenças transmitidas (dores no corpo, dificuldade de locomoção, gravidade em idosos e mulheres grávidas). A demanda espontânea dos estudantes surgiu na medida em que eles se sentiam mais confortáveis para se expressar. Metodologias mais flexíveis e lúdicas proporcionam um espaço de escuta receptivo para adolescentes, facilitando a participação dos mesmos²⁵.

O interesse por novas informações (Qual a diferença entre ao *Aedes aegypti* e o *Aedes albopictus*), a disponibilidade em responder as perguntas feitas pelos facilitadores e a capacidade de formular novas questões (Podemos ter mais de uma doença ao mesmo tempo? Quando ele nasce já pode ser portador do vírus?) foram proporcionando ao estudante uma reflexão crítica sobre o contexto das arboviroses. O referencial trazido por eles foi o ponto de partida para a construção dos novos conhecimentos. Os estudantes foram aprendendo na medida em que iam vivenciando situações do seu cotidiano, como foi possível observar nas cenas trabalhadas por meio do psicodrama²⁶.

Os novos conhecimentos foram incorporados ao repertório do adolescente, ajudando-o a fazer conexões entre teoria e prática e fornecendo um novo olhar sob o cotidiano de saúde²⁷. “Já vi na tv um cara falando de uma forma de o macho ser infectado com um antídoto pra quando ele for acasalar com a fêmea, gerar filhotes sem a doença”. Imediatamente os outros colegas se interessaram em saber mais sobre o mosquito e métodos de controle, compreendendo a importância do conhecimento dessas informações. “Às vezes é falta de conhecimento de como fazer e se eu não faço nada, a doença acaba vindo pra mim mesmo”. Várias sugestões foram surgindo na medida em que interagiam uns com os outros nas cenas cotidianas dramatizadas: não deixar água parada, retirar resíduos que podem acumular água, desemborcar as garrafas, organizar o lixo e deixar caixa d’água fechada. Outro aspecto abordado pelos estudantes em cena foi a resistência de alguns moradores em deixar o ACE entrar em suas residências, refletindo uma dificuldade real do dia-a-dia no campo de trabalho.

A ação da Brigada Júnior estabelecida na escola após a oficina, se apresentou como a oportunidade de os estudantes colocarem em prática as informações coletadas. A cada vistoria realizavam uma inspeção detalhada dos possíveis criadouros e faziam o registro das informações no formulário específico do campo entomológico. Vale ressaltar que a escola

trabalhada apresentava um ambiente físico limpo e bem cuidado, mesmo assim as equipes se mostravam detalhistas em suas buscas.

O conhecimento adquirido a partir das experiências vividas no aqui e agora ajudou os estudantes a despertar para as dificuldades sentidas na sua realidade. “Como faz pra denunciar um local cheio de foco? Tipo, do lado da minha casa tem um restaurante que deixa um monte de lixo exposto, cheio de água parada”. A pergunta feita por uma das participantes evidencia a conexão entre o que estava sendo discutido e as práticas concretas de controle, que contam com intersectorialidade das ações de saúde⁵.

Conclusão

A experiência decorrente do caminho seguido permitiu a construção de um projeto de intervenção com foco na vigilância participativa das arboviroses, a ser implementado nas outras escolas do projeto. Além disso, pode legitimar o envolvimento do adolescente em ações efetivas de prevenção e controle das doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti*, valida-o enquanto sujeito ativo da participação social e da promoção da saúde. O engajamento do estudante enquanto representante da comunidade configura estratégia de intervenção para potencializar a participação social no controle do mosquito.

A implantação da Brigada Júnior na escola contribuiu de forma significativa para a formação de agentes multiplicadores dos princípios que norteiam a abordagem EBS, gerando cidadãos mais comprometidos com a causa e com a saúde da comunidade. Os estudantes passaram a ficar mais atentos às principais fontes de contaminação do mosquito, bem como a compreender os processos de saúde como fazendo parte de um ecossistema mais amplo.

Referências

1. Leta S, Beyene TJ, De Clercq EM, Amému K, Kraemer MUG, Revie CW. Global risk mapping for major diseases transmitted by *Aedes aegypti* and *Aedes albopictus*. *Int J Infect Dis*. 2018; 67: 25-35.
2. Barrera R, Amador M, Munoz J, Acevedo V. Integrated Vector Control of *Aedes Aegypti* Mosquitoes around Target Houses. *Parasit Vectors*. 2018; 11(1): 88.
3. Andersson N, Nava-Aguilera E, Arosteguí J, Morales-Perez A, Suazo-Laguna H, Legorreta-Soberanis J et al. Evidence based community mobilization for dengue prevention in Nicaragua and Mexico (Camino Verde, the Green Way): cluster randomized controlled trial. *BMJ*. 2015; 351.
4. Caprara A, Lima JWO, Peixoto, ACR (Org.). *EcoSaúde, uma abordagem eco-bio-social: percursos convergentes no controle da dengue*. Fortaleza: Ed UECE; 2013.

5. Charron D F. Ecohealth Research in Practice Innovative: Applications of an Ecosystem Approach to Health. International Development Research Centre: 2012.
6. Garelli F, Sanmartino M, Dumrauf A. Análise de materiais didáticos e informativos sobre dengue na Argentina. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(60): 35-49.
7. Silva NM, Teixeira RAG, Cardoso CG, Siqueira Junior JB, Coelho GE, Oliveira ESF. Vigilância de chikungunya no Brasil: desafios no contexto da Saúde Pública. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2018; 27(3): e2017127.
8. Costa JMBS, Reis YAC, Cazarin G, Bezerra LCA, Silva IMSC. Painel estadual de monitoramento da infecção pelo vírus zika e suas complicações: caracterização e uso pela Vigilância em Saúde. *Saúde debate*. 2017; 41(spe3): 316-328.
9. Teixeira MG, Costa MCN, Carmo EH, Oliveira WK, Penna GO. Vigilância em Saúde no SUS - construção, efeitos e perspectivas. *Ciênc saúde coletiva*. 2018; 23(6): 1811-1818.
10. Porto MFS. Pode a Vigilância em Saúde ser emancipatória? Um pensamento alternativo de alternativas em tempos de crise. *Ciênc. saúde coletiva*. 2017; 22(10): 3149-3159.
11. Valle D. Sem bala mágica: cidadania e participação social no controle de *Aedes aegypti*. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2016; 25(3): 629-632.
12. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
13. Horta RL, Andersen CS, Pinto RO, Horta BL, Oliveira-Campos M, Andreazzi MAR et al. Promoção da saúde no ambiente escolar no Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 2017; 51(27).
14. Malta DC, Reis AAC, Jaime PC, Moraes Neto OL, Silva MMA, Akerman M. O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectiva resultados, avanços e desafios em tempos de crise. *Ciênc. saúde coletiva*. 2018; 23(6): 1799-1809.
15. Brasil EGM, Silva RM, Silva MRF, Rodrigues DP, Queiroz MVO. Promoção da saúde de adolescentes e Programa Saúde na Escola: complexidade na articulação saúde e educação. *Rev Esc Enferm USP*. 2017; 51: e03276.
16. Souza LM, Moraes RLGL, Oliveira JS. Direitos sexuais e reprodutivos: influências dos materiais educativos impressos no processo de educação em sexualidade. *Saúde debate*. 2015; 39(106): 683-693.
17. Suwanbamrung C, Promsupa S, Doungsin T, Tongjan S. Risk factors related to dengue infections in primary school students: Exploring students' basic knowledge of dengue and examining the larval indices in southern Thailand. *J Infect Public Health*. 2013; 6(5): 347-57.
18. Avila Montes GA, Araujo R, Leontsini E, Orellana Herrera G, Fernández Cerna E. A school program for dengue control in Honduras: from knowledge to action. *Rev Panam Salud Publica*. 2012; 31(6): 518-22.
19. Choo MS, Blackwood RA. School-Based Health Education in Yucatan, Mexico about the Chikungunya Virus and Mosquito Illness Prevention. *Infect Dis Rep*. 2017; 9(2): 6894. doi: 10.4081/idr.2017.6894.
20. Oliveira RMAB, Araujo FMC, Cavalcanti LPG. Aspectos entomológicos e epidemiológicos das epidemias de dengue em Fortaleza, Ceará, 2001-2012. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2018; 27(1): e201704414.
21. SEGRETRIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ (SESA). Boletim epidemiológico: Dengue, Zika e Chikungunya. Monitoramento dos casos de dengue, chikungunya e zika até a semana epidemiológica (SE) 36, 2018.

22. MacCormack-Gelles B, Lima Neto AS, Sousa GS, Nascimento OJ, Machado MMT, Wilson ME, et al. Epidemiological characteristics and determinants of dengue transmission during epidemic and non-epidemic years in Fortaleza, Brazil: 2011-2015. *PLoS Negl Trop Dis*. 2018; 12(12): e0006990.
23. Lima LLN, Neves Junior R. Brigada Estudantil de Prevenção de Acidentese Primeiros Socorros em Palmas (TO). *Rev. bras. educ. med.* 2016; 40(2): 310-313.
24. Zayas Vinent M, Torres Sarmiento A, Cabrera Junco PM, Krematy Martínez SA. Actividades de la brigada de control de focos del *Aedes aegypti*: evaluación de su calidad en un área de salud. *MEDISAN*. 2014; 18(1): 90-99.
25. Souza APL, Finkler L, Dell'aglio DD, Koller SL. Participação social e protagonismo: reflexões a partir das Conferências de Direitos da Criança e do Adolescente no Brasil. *Av. Psicol. Latinoam.* 2010; 28(2): 178-193.
26. Romaña MA. *Psicodrama pedagógico: método educacional psicodramático*. 2 ed. Campinas: Papirus; 1987.
27. Saeki T, Correa AK, Souza MCBM, Zanetti ML. O psicodrama pedagógico: estratégia para a humanização das relações de trabalho. *Rev. bras. enferm.* 2002; 55(1): 89-91.
28. Nunes RCS, Arantes VJ. A trajetória do psicodrama pedagógico em Campinas-SP. *Rev. Fac. Educ.* 2013; 19(1): 111-128.
29. Gomes AMA, Albuquerque CM, Moura ERF, Vieira LJES. Aplicação do psicodrama pedagógico na compreensão do sistema unico de saúde: relato de experiência. *Psicol. Am. Lat.* 2006: 6.
30. Macedo EOS, Conceicao MIG. Significações sobre Adolescência e Saúde entre Participantes de um Grupo Educativo de Adolescentes. *Psicol. cienc. Prof.* 2015; 35(4): 1059-1073.
31. Araujo EG, Nunes MMLG. Atos & autores: o lúdico na educação em saúde. *Rev. bras. enferm.* 1996; 49(3): 459-474.